УДК 616.89
ББК 56.1
Д56

Соавторы
Группа психиатрических исследований НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН:
Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С., Засорина М.А., Карменян К.К., Сиднева Ю.Г., Ураков С.В., Фисенко И.Н., Чебышева Л.Н.

Доровских И.В. (*1586 окружной военный клинический госпиталь МОРФ*)
Краснов В.Н. (*Институт психиатрии МЗ РФ*)
Куликов В.В. (*Центральная военно-врачебная экспертиза МОРФ*)
Стасевич Е.М. (*Детский психоневрологический диспансер № 12, г.Москва*)

Доброхотова Т.А. **Нейропсихиатрия.** - М.: Издательство БИНОМ. - 2006. - 304 стр., ил.

Книга является первой в России монографией, посвященной новой, интенсивно развивающейся в последние годы во всем мире нейронауке — нейропсихиатрии. В ней обобщен более чем 40-летний опыт психиатрического изучения нейрохирургической патологии головного мозга. Показаны различия синдромов психических нарушений, характерных для поражения левого и правого полушарий и срединных структур мозга. Специальное внимание уделено особенностям психопатологии у правшей и левшей. Подробно описаны психические нарушения, встречающиеся при различных нейрохирургических заболеваниях — черепно-мозговой травме, огнестрельных ранениях, опухолях, абсцессах, хронических субдуральных гематомах, гидроцефалии, паркинсонизме, других (в том числе редких) формах поражения мозга. Представлены основные подходы к психиатрической реабилитации больных нейрохирургического профиля.

Для психиатров, неврологов, нейрохирургов, нейропсихологов и специалистов смежных областей медицины.

ISBN 5-9518-0151-6

Научное издание

Доброхотова Т.А.
НЕЙРОПСИХИАТРИЯ

Оформление *С. Мясниковой*
Компьютерная верстка *В. Краснова*
Редактор *К.В. Проказова*
Корректор *Б.Б.Кузнецова*

При участии ООО "ПФ "Сашко"

Подписано в печать 30.03.2006. Формат 70 х 100/16 Печ. л. 19
Бумага офсетная. Печать офсетная. Тираж 2000 экз. Заказ 2074.
ООО "Издательство БИНОМ", 2006 г.
103473, Москва, ул. Краснопролетарская 16

Отпечатано в ОАО «ИПК "Ульяновский Дом печати"
432980, г.Ульяновск, ул.Гончарова, 14

Содержание

Введение

Нейропсихиатрия становится все более самостоятельным разделом медицинских нейронаук. Развивалась на стыке психиатрии и нейрохирургии, неврологии. Стала важнейшей частью программы подготовки психиатров (Rogers D., 1985).

Предметом нейропсихиатрического изучения являются нарушения психической деятельности, возникающие у больных с органическим (опухолевым, сосудистым, травматическим, воспалительным и др.) поражением мозга.

До сих пор в специальной литературе уделяется недостаточно внимания различиям психопатологической картины у больных: а) с поражением правого и левого полушарий мозга; б) с изначально разным профилем функциональной асимметрии. Нет четкого систематизированного описания характерных для разных нейрохирургических заболеваний синдромов психических нарушений, несходных с наблюдаемыми у больных в обычной психиатрической практике.

В данной книге обобщается опыт многолетних психиатрических исследований пациентов нейрохирургической клиники.

Она отличается от подобных публикаций раздельным описанием психических нарушений:

А) пароксизмальных и относительно постоянно проявляющихся;

Б) характерных для право-, лево- и двустороннего поражения полушарий и срединных структур мозга;

В) отмечаемых у правшей и левшей;

Г) составляющих клиническую картину различной нейрохирургической патологии: черепно-мозговой травмы, огнестрельных ранений, опухолей, абсцессов, хронических субдуральных гематом, сосудистых заболеваний, гидроцефалии, паркинсонизма, других (в том числе редких) форм поражения мозга.

Существенно расширено дифференцированное описание психопатологии в зависимости от возраста, преморбидного состояния больных.

Изложенные в книге данные могут существенно дополнить представления о функциональной асимметрии полушарий как о важнейшей характеристике головного мозга человека, взаимозависимых соотношениях «мозг–психика», пространственно-временной организации психической деятельности. Они могут быть использованы в дифференциальной диагностике основного заболевания, сопровождающегося психическими нарушениями, разработке и оценке новых методов лечения и реабилитации нейрохирургических больных.

Глава 1

Место нейропсихиатрии среди других нейронаук

Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н.

1.1. Нейропсихиатрия начала XXI века

Нейропсихиатрия возникла на стыке психиатрии, нейрохирургии и неврологии. Предмет ее изучения — психические нарушения у больных с органическими поражениями головного мозга. Она является «важнейшей частью программы подготовки психиатров» (Rogers D., 1985). Своими достижениями нейропсихиатрия обязана прежде всего успехам современного нейрохирургического комплекса: нейрореаниматологии, нейрорентгенологии, нейрорадиологии, нейрореабилитологии и нейропсихологии.

Традиции отечественных нейропсихиатрических исследований сложились под влиянием идей академика Бурденко — первого директора Института нейрохирургии при непосредственном участии Александра Соломоновича Шмарьяна. Он был приглашен в институт нейрохирургии Николаем Ниловичем Бурденко вскоре после его открытия для организации нейропсихиатрических исследований. Содержание этих исследований и новизна их результатов всегда определялись уровнем развития нейрохирургии — динамичной и быстро развивающейся отрасли медицинских знаний о мозге.

Давно возникшая необходимость специального издания по нейропсихиатрии особенно возросла за последние десятилетия. Главная причина тому — изменение состава пациентов нейрохирургического стационара, в частности, за счет появления и все большего увеличения числа больных с тяжелейшими поражениями головного мозга, которые ранее считались несовместимыми даже с выживанием. Это стало возможным благодаря успехам нейрореаниматологии. В конце XX–начале XXI века особенно четкой становится тенденция к удлинению комы. У больных долго (недели, месяцы) полностью отсутствует психическая деятельность. Данное обстоятельство, с одной стороны, является результатом высоких достижений медицинских нейронаук, а с другой — крайнее остро ставит проблему восстановления психической деятельности. Пока не всегда удается достаточно успешно осуществить более или менее полную психиатрическую реабилитацию больных.

Нейропсихиатр часто оказывается в ситуации (отсутствовавшей ранее), когда возникает необходимость осмотра и последующего длительного наблюдения больного без признаков психической деятельности — главного предмета оценки психиатра. Речь идет о больных в коматозном или в одном из сменяющих друг друга посткоматозных бессознательных состояний. Они обусловлены тем, что в настоящее время удается сохранить жизнь больным со все более тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Разработка системы нейрореабилитации требует знания динамики этих состояний. Поэтому нейропсихиатр должен научиться описывать, различать, квалифицировать новые (отсутствовавшие ранее) сменяющие друг друга состояния у сохраненных в соматической жизни больных. Они предшествуют появлению первых, еще очень слабых, признаков (открывание глаз без фиксации взора, появление фиксации, слежения) психической деятельности у пациентов. Без знания их невозможно понимание закономерностей появления вышеназванных первых элементарных актов, последующей

медленной дифференцировки различных проявлений психической деятельности, постепенного восстановления сознания (до ясного).

От нейропсихиатра сейчас требуется абсолютно новый подход к разработке (созданию) теории и диктуемой ею практики реабилитации больных, долго остававшихся без признаков психической деятельности. Новизна формулировок целей и задач таких специальных исследований должна соответствовать подчеркнутой исключительности ситуации, не имевшей аналогов в медицине первой, да и второй половины XX века. Уместно ожидание дальнейшего еще большего усложнения проблемы в середине и конце XXI века. Может стать значительно более проблематичной, чем сейчас, возможность возвращения больных, перенесших, например, тяжелую ЧМТ, к полноценной жизни из-за невосстановления или крайне скудного возобновления психической деятельности.

Успехи нейрореаниматологии могут соседствовать с трагической неразрешимостью задач психической реабилитации сохраненного в соматической жизни больного. Весьма примечательна в этом плане мысль основателя отечественной реаниматологии В.А. Неговского, высказанная в статье, посвященной 140-летию со дня рождения В.М. Бехтерева (1998): «...оживление человека теряет смысл, если функции мозга ...не восстанавливаются полностью и своевременно... дальнейшие исследования в области реаниматологии позволят создать новые, более эффективные методы оживления организма, включая, естественно, полноценное восстановление функции ЦНС. А это прежде всего означает, что будут спасены от смерти многие сотни людей, полноценное восстановление которых при современном — конца XX века — уровне наших реаниматологических знаний пока еще невозможно».

Главной задачей нейропсихиатрии является не только и не столько описание состояния таких больных, сколько их реабилитация после долгих бессознательных состояний (см. Приложение 3).

Очевидна чрезвычайная трудность решения задач восстановления долго отсутствовавшей психической деятельности у больных, перенесших тяжелую ЧМТ, сопровождавшуюся длительными комой и посткоматозными бессознательными состояниями.

Необходимо накопление принципиально новых знаний (дополняющих прежние): 1) об индивидуальных особенностях больного, способствующих или, напротив, затрудняющих психическую реабилитацию; 2) о не исследовавшихся ранее, а потому остающихся малоизученными и требующими раскрытия закономерностей в соотношении мозг–психика. Так, оказалась далеко не равной, а порой даже существенно разной возможность более или менее полного восстановления психической деятельности у перенесших одинаковую по глубине и длительности кому правшей и левшей. При одинаковых возрасте, основных преморбидных характеристиках преимущество часто оказывается за левшами. Поэтому необходимо расширение знаний о том фундаментальном свойстве мозга как парного органа, по-видимому, исчезающем (перестающем проявляться) в момент комы, возобновление которого предшествует восстановлению психической деятельности больного. Необходимо обогащение представлений о соотношении мозг–психика у правшей и левшей. Успех возможен лишь при очень значительном расширении точных знаний о свойствах мозга и их связи с психикой больных с несходными индивидуальными характеристиками.

Изложенные соображения определили содержание руководства. В нем впервые даются: а) раздельное описание психопатологии очаговых поражений правого и левого полушарий мозга правшей; б) обобщенная характеристика психических нарушений левшей. Учет профиля функциональной асимметрии углубляет индивидуальные характеристики пациентов. А это позволяет расширить клиническое описание психопатологических синдромов и надеяться на возможность раскрытия в психиатрии и нейропсихиатрии ранее остававшихся в тени некоторых сторон состояния больных.

Данные исследования с обязательным учетом названных признаков дадут возможность поставить принципиально новые вопросы, выходящие за рамки клинических проблем, в частности, о пространственно-временной организации психической деятельности человека в норме и патологии.

1.2. Нейропсихиатрия и психиатрия

Нейропсихиатрия, как и психиатрия, изучает нарушения психической деятельности, однако первая занимается психическими нарушениями, являющимися следствием органических поражений головного мозга, требующих хирургического вмешательства, а вторая — собственно психическими заболеваниями.

Различия же касаются взгляда на природу происхождения нарушений. В нейропсихиатрии они являются следствием органических поражений мозга. В психиатрии — проявлением собственно психических заболеваний.

Психиатрия, признавая роль биологического в развитии психических заболеваний, уделяет мало внимания размышлениям о мозге как субстрате психической деятельности и соответственно физиологической природе наблюдаемых психопатологических явлений.

По мнению А.В. Снежневского, «клинико-психопатологический, то есть функциональный метод, непосредственно не сочетающийся с изучением субстрата (головного мозга), остается в психиатрии основным». Это обусловлено, по его словам, медленным прогрессом в познании физиологии и морфологии головного мозга. В условиях нейрохирургического стационара исследователь получает возможность постоянного сопоставления психопатологической картины с данными различных дисциплин о характере патологического воздействия на мозг, что позволяет проанализировать характер психических нарушений при поражении различных его отделов.

При описании, синдромологической квалификации психических нарушений нейропсихиатр испытывает иногда неведомые психиатру трудности, которые нарастают по мере утяжеления поражения мозга. Достижения современной нейрореаниматологии позволяют сохранить в соматической жизни больного после тяжелой черепно-мозговой травмы, но без признаков психической деятельности, т.е. в длительном коматозном состоянии. Описываемые далее формы угнетения (восстановления) сознания до недавнего времени отсутствовали в справочниках по психиатрии. Но последнее руководство под редакцией А.С. Тиганова (1999) уже включает состояния угнетения сознания, варианты комы, посткоматозные бессознательные состояния и формы спутанности сознания. Нейропсихиатрия сталкивается и с другими явлениями, с которыми крайне редко или вовсе не встречается врач психиатрической клиники. Среди них, в частности, психические процессы, виды деятельности, организованные во времени и пространстве как бы иначе, чем привычные в повседневной практике психиатра: например, описанные далее феномен предвосхищения, виды зеркальной деятельности и др. Они возникают у лиц с признаками левшества и выражают различия нейропсихопатологической симптоматики правшей и левшей, прежде в психиатрии не описывавшиеся.

В становлении нейропсихиатрии в России особую роль сыграл В.М. Бехтерев. В руководимом им институте была открыта нейрохирургическая клиника. Возглавил ее Л.М. Пуссеп. В 1907 г. в этой клинике осуществлялась лейкотомия — рассечение белого вещества мозга у душевнобольных. Спустя год В.М. Бехтерев и Л.М. Пуссеп опубликовали результаты операции, заставившие признать ее нецелесообразной. Клиника имела, таким образом, опыт использования широко распространившейся в 30-х годах префронтальной лейкотомии, но, оценив результаты, отказалась от нее.

Интенсивные нейропсихиатрические исследования осуществлялись в Институте нейрохирургии в Москве. Во время хирургических вмешательств, проводившихся на срединно-стволовых и полушарных образованиях мозга, у больных возникали разнообразные нарушения. Из многочисленных данных, оставленных А.С. Шмарьяном и его учениками, следует упомянуть хотя бы о следующих:

- В 1929 г. в ходе удаления (под местной анестезией) опухоли III желудочка Н.Н. Бурденко и Б.Г. Егоров вместе с А.С. Шмарьяном наблюдали психическое возбуждение (маниакальное состояние) при манипуляциях в области серого бугра и угнетение психики (острое развитие корсаковского синдрома, сон и оглушение) — при манипуляциях в задних отделах III желудочка. При вмешательствах в области сильвиева водопровода отмечены состояния активизации психической деятельности (Бурденко Н.Н., 1936, 1937; Егоров Б.Г., 1954). Эти данные опередили концепцию активирующей ретикулярной системы, влияющей на бодрствование и внимание (Magoun H.W., 1954;1965).
- В ходе удаления опухоли правой нижнетеменно-височной области у больных отмечены явления дереализации: «все окружающее казалось неестественным и странным, все предметы операционной комнаты внезапно отдалились, уменьшились в размерах, кругом все равномерно покачивалось» (Шмарьян А.С., 1949). Это наблюдение опровергало господствовавшую в то время точку зрения об асимптомности поражения височных долей, признававшихся «немой зоной» мозга. Сделанный А.С. Шмарьяном вывод по этому поводу в последующем расширился, так как было установлено, что поражение височных областей не только не бессимптомно, но и сопровождается психопатологическими явлениями, разными при поражении правой и левой гемисфер мозга. Так, при поражении правой височной области отмечены музыкальные, обонятельные, вкусовые галлюцинации, а при поражении левой — вербальные галлюцинации, эпизоды тревоги.
- Сформулированы теоретические представления о значении нейропсихиатрических исследований в понимании патогенеза психических заболеваний (1940).
- Убедительно показано различие нарушений сознания при повреждении срединно-стволовых и полушарных образований мозга: возникают соответственно количественные (в сторону угнетения от оглушения до комы) и качественные изменения структуры формально сохраняющегося сознания.
- Несмотря на достаточно обоснованный запрет применения префронтальной лейкотомии с целью лечения душевнобольных, нельзя не отметить, что именно возглавляемая А.С. Шмарьяном группа психиатров оставила самое подробное во всей мировой литературе описание до- и послеоперационного психического состояния больных шизофренией, перенесших префронтальную лейкотомию (Голодец Р.Г., 1948; Гольденберг С.И., 1948; Зейгарник Б.В., Гальперин П.Я., 1948; Лурия А.Р., Розинский Ю.Б., 1948; Сурат В.С., 1949).

Нейропсихиатрия, развившаяся в нейрохирургической клинике, стала практически самостоятельным разделом психиатрии. Именно здесь появилась возможность постоянных сопоставлений клинических особенностей психопатологической симптоматики с местом поражения мозга. Это особо подчеркнул А.С. Шмарьян (1947): «Нейрохирургия способствовала устранению разрыва между неврологией и психиатрией и послужила могучим стимулом проникновения идей мозговой физиологии и патологии в психиатрию».

1.3. Нейропсихиатрия и нейрохирургия

Нейропсихиатрия приобретает все более важное практическое и теоретическое значение в решении таких сложных проблем нейрохирургии, как неравенство функций полушарий в становлении целостной психической деятельности человека, соотношение мозг–психика. Остановимся на двух наиболее важных этапах исследований в этой области.

Первый этап — это описание психических нарушений при поражении разных отделов мозга. Результаты проведенных работ составили содержание множества статей и книг, вышедших в свет, начиная с 30–40-х годов. Среди них уже упомянутые монографии А.С. Шмарьяна (1940, 1949) и Ю.Б. Розинского (1948), а также Н.М. Вяземского (1964), статья Л.П. Лобовой (1937) и др.

В книге по психопатологии поражений височных долей А.С. Шмарьян приводит исключительно богатый клинический материал. Вопреки существовавшему тогда мнению об асимптомности поражения височных областей мозга, он описывает многообразные нарушения психической деятельности при данной патологии. Название его книги, вышедшей в 1940 г., «Психопатологические синдромы при поражениях височных долей» говорит само за себя. В психопатологической картине А.С. Шмарьян описывает оптические психосенсорные расстройства, обонятельные и вкусовые галлюцинации, слуховые психосенсорные расстройства, делириозные и корсаковоподобные состояния, эпилептические симптомы, височно-париетальный синдром при симптоматической и генуинной эпилепсии, сноподобные состояния с переживанием ирреальности и чуждости восприятия окружающего, синдром *гибели мира,* нарушения внутреннего оптического мира, особое состояние сознания с переживанием *deja vu,* синдром деперсонализации с чуждостью собственного «Я».

Описывая психические нарушения, он ссылается на руководство «Невропатологические синдромы» М.Б. Кроля (1936), в частности, на содержащееся в нем наблюдение, что «при поражениях височной доли, в особенности справа, выступают иногда сноподобные состояния, во время которых окружающие предметы кажутся далекими, нереальными, но в то же время странно близкими и как будто уже виденными». А.С. Шмарьян приводит и собственное наблюдение в момент операции (Бурденко Н.Н.) по поводу кисты правой интерпариетальной и задней височной доли, проводившейся под местной анестезией, когда больной сообщал о своих переживаниях: окружающее ему казалось неестественным и странным, все предметы операционной комнаты внезапно отдалились, уменьшились в размерах, кругом все равномерно покачивалось. Эти явления прекратились после окончания операции.

Говоря о слагаемых синдрома гибели мира при опухолях височных долей и эпилепсии, А.С. Шмарьян объясняет одно психическое нарушение другим: «... нарушения сенсорного синтеза с деперсонализационными переживаниями могут быть исходным пунктом развития синдрома *гибели мира*». Автор ссылается на многие примеры, свидетельствующие о различиях психопатологии при поражении разных структур мозга, ставших в последние десятилетия предметом специальных психопатологических исследований в нейрохирургии.

На этапе описания психических нарушений уже наметилось другое направление, а именно — установление того факта, что определенные нарушения психики возникают при поражении разных отделов правого и левого полушарий мозга (разумелось — мозга правшей). Вопрос же о возможных различиях психопатологии очаговых поражений мозга у правшей и левшей тогда вообще еще не возникал.

[illegible] XIX–начале XX века появились высказывания о «двойственно-[illegible]. [illegible] 1874 году J. Jackson писал: «Повреждения правого и левого [illegible] к двоякому клиническому эффекту — анатомически одинако-[illegible] мозга в функциональном отношении, во всяком случае если иметь [illegible] речь, неодинаковы — нарушения интеллекта более грубы при левосторонних ге-[illegible], для эпилепсии с правополушарным очагом характерна аура с переживанием страха».

В 1907 году В.М. Бехтерев заметил: «Если по отношению к чувствительности и движению дело идет о количественной неравномерности в распределении функций того и другого полушария, то по отношению к тем областям, которые имеют отношение к высшим психическим отправлениям, возможны будто бы даже качественные различия … в задней половине правого полушария есть большой ассоциационный центр узнавания … правое полушарие имеет более важную роль для психики, нежели левое, так как афазики будто бы все понимают, только не говорят».

М.Б. Кроль (1936) у больного с поражением правого полушария мозга отметил сноподобные состояния. М.С. Лебединский (1948) перечисляет психические нарушения, характерные, по его наблюдениям, для правополушарной патологии: астереогноз, нарушения восприятия своего тела, изменения личности, сновидные и деперсонализационные явления, оптические агнозии, исчезновение произвольного компонента психических процессов, эйфория, дезориентировка. Многие авторы подчеркивали, что для поражения правого полушария мозга характерна анозогнозия.

Второй этап характеризуется уже более четким различением психических нарушений, наступающих при поражении разных отделов правой и левой гемисфер мозга правшей. Описано их различие при поражении разных отделов полушарий. Так, в клинической картине избирательного поражения левой лобной доли Б.И. Белый (1987) отметил у больных аспонтанность вплоть до «паралича» инициативы, снижение эмоционального переживания самого себя, мира. Эти пациенты нецеленаправленны, истощаемы, склонны к застыванию, персеверациям; выглядят заторможенными, скованными, медлительными в общении; их мимика и жестикуляция обеднены; снижены активность речи, уровень обобщения; они могут рассказать содержание деталей картинки, но не способны объединить их в единый сюжет.

При поражении правой лобной доли выступают эйфория, анозогнозия, фрагментарность восприятия с тенденциями к толкованию всей предложенной картинки в целом на основании случайно воспринятых отдельных эпизодов, конфабуляторные дополнения к воспринятому, некритичность к собственным ошибкам, иногда ложные узнавания; неустойчивость внимания, рассеянность, соскальзывания на посторонние темы; трудности переключения внимания, истощаемость, склонность к стереотипиям. Больные подвижны, многоречивы, общительны, фамильярны.

Э.Я. Штернберг (1967) описал псевдопаралитический синдром при поражении базально-лобных отделов: неадекватность эмоциональных реакций больных, благодушно-приподнятое настроение, неряшливость, прожорливость, сексуальная расторможенность, многословность, отвлекаемость и т.д.

Все более часто стали говорить о различиях психических нарушений у левшей и правшей. Давно известные и новые данные заставили расширить формулировки теоретических положений о соотношении мозг–психика, исключительно важных для построения адекватных программ реабилитации больных. В представленном выше описании очевидны различия функций полушарий мозга в их общем деле — обеспечении целостной психики человека. Они интенсивно исследуются в последние десятилетия. Главным предметом изучения становится функциональная асимметрия полушарий мозга, то есть неравенство функций гемисфер в обеспечении целостной психики.

Эта асимметрия определяет клиническую картину многих заболеваний с поражением одной из гемисфер, в частности у больных эпилепсией (Тетеркина Т.И., 1985).

Интересны данные автора об изменениях психической деятельности левшей и амбидекстров: 1) меньшая, чем у правшей, их выраженность; 2) отсутствие четких различий психических нарушений при поражении правой и левой лобных долей.

Разрабатываются вопросы, важные для нейрохирургии, особенно вопросы реабилитации больных, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму, сопровождающуюся длительной комой. Среди них есть положения, впервые сформулированные на основании данных изучения пределов и ограничений восстановления психической жизни:

- взаимозависимые соотношения мозга и психики;
- возможная опосредованность асимметрии функций полушарий мозга пространственно-временными факторами.

В соответствии с первым положением не только активизация мозга отражается на изменении содержания и интенсивности психической деятельности, но и реализация субъектом (больным) определенной (по содержанию, интенсивности) деятельности сопровождается усилением функционального состояния соответствующей области мозга. Это побудило создать комплекс воздействий на больных — так называемую психостимулотерапию, уже широко использующуюся в нейротравматологической клинике и постоянно дополняющуюся новыми, ранее еще не сформулированными приемами воздействий на больных (Доброхотова Т.А. и соавт., 1991). Он изложен в Приложении 3. Приложение содержит: 1) теоретическую часть и 2) конкретные рекомендации способов воздействия на больных, находящихся в коматозном, посткоматозных бессознательных и последующих состояниях еще нарушенного сознания. Воздействия могут осуществляться не только врачами и медицинским персоналом, но также родственниками и близкими больных с тяжелым повреждением мозга.

Попытки взаимодействия нейрохирургии и нейропсихиатрии для лечения психических заболеваний привели к формированию специальной прикладной отрасли нейрохирургии — психохирургии. Психохирургия — совокупность хирургических методов лечения психических болезней. Преследуемая ею цель — «преднамеренное разрушение отдельных участков нервных структур с лечебной целью». По словам S.A. Shevitz (1976), она переходит «от слепого метода с разрушением и травматизацией значительных участков серого и белого вещества мозга скальпелем хирурга к более консервативной хирургии (термокоагуляция, криотерапия, воздействие ультразвуком) — лоботомии — стандартной и трансорбитальной, цингулотомии, гирэктомии, бимедиальной лейкотомии и т.д.»

Психохирургия имеет давнюю историю. Оценка ее необходимости никогда не была однозначной. Со дня зарождения этого направления хирургии не затихают споры о его целесообразности как метода лечения психически больных. И горячие сторонники психохирургии и активные ее противники достаточно веско обосновывают свое отношение к хирургическим методам лечения душевнобольных. Однако доводы противников подчас звучат убедительнее.

Перед нейропсихиатром, наблюдающим больных, перенесших психохирургическое вмешательство, встают два вопроса:

1. Излечиваются ли больные поле психохирургического вмешательства от основной болезни?
2. Не способствует ли сама операция появлению нарушений психики, отсутствовавших до нее, и каков их характер?

В истории наиболее известны два типа психохирургических вмешательств: префронтальная лейкотомия[1] и расщепление мозга. Целесообразность обеих операций широко обсуждалась. Были и сторонники, и противники. За операцию — префронтальную лейкотомию — хирургу Моницу была присуждена Нобелевская премия. Нобелевским лауреатом был и профессор психологии Калифорнийского технологического института Роджер Сперри как исследователь поведения, психического состояния больных после операции расщепления мозга, которая подробно описана в главе 4.

История становления и использования префронтальной лейкотомии как метода лечения больных, страдающих душевными болезнями, очень сложная.

Операция заключается в одно- и/или двусторонней перерезке лобно-таламических путей, связывающих лобные отделы полушарий с подкорковыми образованиями. Впервые осуществлена в Швейцарии в 1888 году.

В 1907 году в России лейкотомия производилась Л.М. Пуссепом в нейрохирургической клинике, открытой В.М. Бехтеревым. В 1908 году вышла статья В.М. Бехтерева и Л.М. Пуссепа «Хирургия при душевных болезнях». В ней сообщалось, что авторы, основываясь на результатах послеоперационных исследований больных, сочли целесообразным отказаться от подобных операций как метода лечения душевных болезней. А.А. Хачатурян (1951) так излагает оценку лейкотомии Бехтеревым и Пуссепом: «Предположения, будто психические заболевания обусловлены не разлитым поражением мозга, а являются чисто местными, очаговыми, в области так называемых психических центров, являются ненаучными».

В 1935 году интерес к лейкотомии возобновился. На Международном конгрессе невропатологов выступил C.F. Jacobsen с сообщением, что агрессивная, яростная обезьяна стала спокойной после лейкотомии. Это отчасти послужило поводом к возобновлению интереса к этой операции как методу лечения больных с психическими нарушениями.

В специальной литературе пионером в использовании этой операции чаще всего называют португальского нейрохирурга Эгаса Моница. Но, как справедливо пишет J. Older (1974), Мониц лишь «воскресил» данную операцию; в 1936 году он осуществил лейкотомию в своей модификации и назвал ее префронтальной лоботомией (Walker A.E., 1944). В том же году в Париже вышла его монография. Не будучи психиатром, Мониц считал, что есть психозы «деструктивные и психофункционального типа», якобы обусловленные особыми формациями в группировках клеток, имеющих отношение к «навязчивым мыслям, делирию». Цель вмешательства — нарушение связей этих клеточных группировок.

В протоколе решения Нобелевского комитета от 27.10.1940 сказано: «Присудить Нобелевскую премию по физиологии и медицине двум лауреатам в равных долях: одну — Вальтеру Рудольфу Гессу за открытие функциональной организации промежуточного мозга, а другую — Антониду Эгасу Моницу за открытие терапевтического действия префронтальной лейкотомии при некоторых психических заболеваниях». Но в последствии в прессе появились отдельные высказывания, что присуждение премии Моницу явилось одной из немногих ошибок Нобелевского комитета.

В книге «The mind stealers. Psychosurgery and mind control», вышедшей в 1978 году в Бостоне и переведенной на русский язык в 1981 году, Samuel Chavkin пишет, в частности, о трагической судьбе нобелевского лауреата Моница. Один из соперированных им больных «пришел в неистовство» и выстрелил в Моница, в результате чего тот стал тяжелым инвалидом из-за поражения позвоночника.

[1] Префронтальная лейкотомия (leuxos — белый, touh — рассечение) предложена Моницом (Moniz E.) в 1932 году в качестве лечебного метода при психических заболеваниях. В нашей стране запрещена приказом министра здравоохранения СССР № 1003 от 9 декабря 1950 года и «не называется методом лечения, так как влечет за собой грубые необратимые органические изменения (в большинстве случаев — травматический энцефалит) и отнимает в больного надежду на выздоровление» (Гуськов В.С., 1965, с. 22).

В 1942 году вышла книга W. Freeman и J. Watts — авторов «аффективной гипотезы» префронтальной лейкотомии. Особое значение авторы придавали перерезке лобно-таламических соединений, ретроградной дегенерации дорзомедиального ядра зрительного бугра, играющего, по их предположению, важную роль в установлении связей между идеаторной и аффективной сферами. Они анализируют результаты префронтальной лейкотомии у 80 больных, страдавших депрессией, пресенильной тревогой (когда «человека слишком беспокоит будущее»), шизофренией, «навязчиво-импульсивным неврозом», хроническим алкоголизмом. Операция производилась по усовершенствованному авторами методу Моница. Удовлетворительные результаты отмечались только после достаточно обширной лоботомии. Имели место сонливость, утрата способности ориентироваться. Сразу после операции умерло — 3, позже — 4 пациента. У 3 (4%) оперированных появились судорожные припадки. У части больных вместо дооперационной «озабоченности, нервного напряжения, навязчивого мышления, угнетения, галлюцинаторно-бредового синдрома» отмечены послеоперационные «эксплозивность, бестактность».

Т.И. Юдин (1941) в статье «Лобная область и психонервные синдромы при огнестрельных ее ранениях» называет книгу W. Freeman и J. Watts «интереснейшей … с любопытнейшими данными». После удаления лобных долей у больных «оставались малозатронутыми все навыки, категориальное мышление, исчезала лишь способность ориентироваться в новых сложных ситуациях, составлять новые планы на будущее». По Т.И. Юдину, в лобных долях есть механизмы, «благодаря которым планируется будущее субъекта». Он ссылается на Риландера, называвшего лобные доли «симфонией человеческого разума», и F. Lhermitte, считавшего их «органом высшего понятийного синтеза». Без лобных долей человек может влачить животную жизнь.

В литературе высказывается сомнение в том, что к этой операции прибегают только в случаях неэффективности других видов терапии (Bridges P.K., 1984). Хотя можно встретить также и мнение о том, что поражение даже обеих лобных долей может не вызвать ни аспонтанности, ни изменений темперамента, а лишь низводит человека с его творческого человеческого уровня. В связи с операцией неизбежно возникает вопрос об особой значимости в рамках целостной психики способности планировать поведение на будущее, ориентироваться в новых сложных ситуациях, которая исчезает или ослабляется после префронтальной лейкотомии. Ведь после операции воспроизводится многое из психопатологии очаговых (в частности, опухолевых) поражений правой и левой лобных долей (Доброхотова Т.А., 1974; Белый Б.И., 1987).

W. Freeman (1959), соперировавший около 4 тысяч больных (во всем мире, по данным J. Older (1974), операции подверглось более 100000 пациентов; в 1972 году в США психохирургические операции осуществляли 70 нейрохирургов), писал: «пациенты, подвергнутые» префронтальной лейкотомии, редко вступают в конфликт с законом как раз потому, что отсутствие воображения не дает им возможности продумывать новые «злодеяния», к тому же у них просто не остается сил для их практического осуществления. В 30 из 100 случаев отмечались эпилептические припадки вскоре после операции или через 5–10 лет; от кровоизлияний в мозг умерло 1–3% больных. Осложнения возникли у 0,3–2,3% оперированных.

Одной лоботомии недостаточно для социального выздоровления, необходимо последующее «переобучение» (Walker A.E., 1944). После операции больные теряют инициативу, резко обедняется их психическая жизнь. G.W. Kisker (1944) отметил вялость, сонливость, двигательные автоматизмы, несдержанность, легкомыслие, бестактность, во многих случаях эйфорию, «напоминающую клиническую картину болезни Альцгеймера и Пика». По I.F. Fulton (1951), социальное поведение больных улучшается. Lenz (1956) отмечал снижение аффективной возбудимости, стремлений, преобладание

«примитивных» побуждений, повышенную сексуальность. P. Post et al. (1968), E. Tan et al. (1971) и J. Pippard (1955, 1962) из Великобритании показаниями к двусторонней лейкотомии считают тяжелую депрессию, страх и напряжение, агрессивность и «поведенческие изменения». По их наблюдениям, операция может вызывать следующие побочные эффекты: менингеальные реакции, спутанность (сразу после операции), апатию, инертность (через 3 месяца), слабость памяти и концентрации внимания, эпилептические припадки (через 6 месяцев); один больной совершил суицид через 5 лет.

Послеоперационные изменения рассматриваются иногда как некое благо (W. Freeman, 1959). Однако в литературе встречаются и другие данные. Например, V.H. Mark и F.R. Ervin в книге «Насилие и мозг» (1970) описывают 62-летнего служащего банка, подвергшегося операции на «фронтальной» доле мозга, чтобы снять сильные головные боли. Он почувствовал себя настолько хорошо, что вернулся на работу. Однажды с женой пошел в театр, по дороге поддерживал «остроумный и вполне интеллектуальный разговор», но не прошли они и полпути, как больной остановился, извинился и стал мочиться, не обращая никакого внимания на проходивших мимо пешеходов и проезжавшие автомобили.

В США операция осуществлялась и врачами частной практики. В этих случаях были отмечены следующие осложнения: органический психосиндром — у 6 из 43 оперированных; судорожные припадки — у 3 значительное увеличение веса — у 17 больных (Bernstein I.C., et al., 1975). Весьма значимы результаты катамнестических исследований, проводимых по истечении длительного времени после операции: 1945–1980 годы (Guibert S., Renauld Cl.).

В сообщении о 15 больных, оперированных в 1948 году, Ф.И. Случевский и М.Е. Пецевич (1988) выделили 3 типа исходов шизофрении: 1) «постепенная и типовая трансформация» синдрома до парафренного с последующим его распадом, формированием «шизофренического» дефекта; 2) трансформация синдрома с проявлениями органического психосиндрома; 3) проявление только последнего (эйфория, благодушие, интеллектуально-мнестическое снижение). Лейкотомия по механизму действия напоминает эффект преимущественно седативных препаратов, «устраняя в основном аффективный компонент болезненных переживаний». Однако эффект, включая побочные явления, необратимый. Такого рода вмешательства недопустимы ни с точки зрения лечебной эффективности, ни с точки зрения «врачебной этики».

Психохирургия во многих странах мира вытеснена психофармакологией, электросудорожной, инсулиношоковой терапией. О сформировавшемся отрицательном отношении к ней, как пишет J. Older (1974), говорит то, что состоявшийся в 1948 году международный психохирургический конгресс практически оказался последним. Но T. Hitchcoc et al. сообщают о Второй международной конференции по психохирургии, состоявшейся в 1972 году в Иллинойсе.

J. Older, анализируя литературу, останавливается на этическом аспекте психохирургических вмешательств — «превращении людей с трудным поведением в более управляемых». За 6-месячный период после операции скончалось 17% больных. Он сформулировал предложения по ограничению применения психохирургии, предупреждению злоупотреблений: 1) психохирургическим операциям не должны подвергаться лица моложе 21 года; 2) психохирургическое вмешательство следует осуществлять только с согласия больного; 3) подсудимые и заключенные не должны использоваться для экспериментальных психохирургических исследований; 4) в связи с деструктивными и необратимыми изменениями после операции психохирургия должна быть лечением «последней возможности»; 5) психохирургия должна применяться лишь в наиболее серьезных случаях (суицидальные тенденции; состояния, приносящие боль и страдание); воры, наркоманы, лица с сексуальными перверсиями не должны подвергаться психохирургическим вмешательствам; 6) психохирургия никогда не должна использоваться

в политических целях. Тем не менее в США продолжала проводиться «модифицированная» лейкотомия больным с «тяжелыми навязчивостями», при неэффективности «мощной психофармакотерапии», электросудорожной терапии. После операции у 81% пациентов улучшилось состояние; «состояние полной ремиссии» отмечено у $^1/_2$ больных (Tippin J., Henn F.A., 1982).

В нашей стране операции проводились в Институте нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, Ленинградском неврологическом институте и психиатрической клинике Горьковского медицинского института. Б.Г. Егоров закрытый метод Моница заменил открытым. В Горьком профессор С.И. Гольденберг осуществил такую операцию 44 больным шизофренией в возрасте от 16 до 48 лет (41 мужчине и 3 женщинам) с длительностью болезни от 3 до 15 лет. Односторонняя лейкотомия проведена — 7, одномоментная двусторонняя — 2, а 35 больным — двусторонняя (с промежутком между односторонними операциями от 2 недель до 5 месяцев). Показаниями явились: длительная болезнь, злокачественное ее течение, безрезультатность терапии (инсулиношоковой, электрошоковой и кордиазолом). В ходе оценки динамики состояния больных автор ссылается на W. Freeman и J. Watts, считавших неблагоприятным, требующим повторного вмешательства отсутствие выраженного угнетения сознания. У ряда больных С.И. Гольденберга после фазы «оглушенности» отмечалась «своеобразная органическая астения (раздражительная слабость, апатия, пуэрильность)», а далее вновь начинала проявляться прежняя психотическая симптоматика. У другнх больных воспроизводилась дооперационная психотическая картина; у третьих — после «оглушенности» и астении проявлялся психоз, «разрыхлявшийся» после 3 месяцев. Отмечалась бо́льшая обращенность больных к реальности, исчезновение галлюцинаций, бреда, страхов, агрессивности, ипохондрических переживаний. Более стойкими оказались нарушения мышления и речи. Автор справедливо указывает на «органический компонент», привносимый операцией.

Уместно подчеркнуть, что наиболее дифференцированное клиническое описание психического состояния больных до, в момент и после операции представлено в работах отечественных авторов. При всей «трагичности» судьбы этой операции нельзя не признать значения их исследований для понимания роли лобных долей в формировании целостной психической деятельности, эмоциональной сферы, личности человека.

Р.Г. Голодец (1948) оценивает данные длительного изучения больных. Под общим наркозом в связи с состоянием прооперировано 52 пациента; всем им осуществлена двусторонняя лейкотомия — 2 больным одномоментная, а 50 — с промежутком между двумя операциями от 2 недель до 1–5 месяцев. К моменту перерезки белого вещества у некоторых больных наблюдались расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы (падало артериальное давление, урежался пульс). У больных, оперированных под местной анестезией, в момент проведения последней отмечены напряженность, тревога, учащение пульса и вазомоторные реакции. В момент перерезки белого вещества речь становилась замедленной, вялой. Спонтанная речевая продукция прекращалась. Надо было активно повторять вопросы, чтобы получить ответы на них. Иногда наблюдался сон, в единичных случаях — возбуждение. В первые дни после операции больные были вялыми, оглушенными, адинамичными, истощаемыми.

Отмечено, что после операций на левом полушарии больные были вялыми, адинамичными, сонливыми. Исчезали галлюцинации, бредовые и ипохондрические переживания, страхи, агрессивность в поведении, но более стойкими оставались нарушения мышления и речи. У некоторых больных отмечалась амнезия на операцию, как при резекции лобных долей; наблюдалась и бредовая интерпретация операции (Розинский Ю.Б., 1948). Наиболее благоприятный эффект отмечен при преобладании в картине болезни явлений кататонического возбуждения (Лурия А.Р., Розинский Ю.Б., 1948). После операций на правом полушарии отмечались вазо-вегетативные изменения.

Исключительное в истории медицины событие — специальный приказ № 1003 министра здравоохранения Е.И. Смирнова от 09.12.50, запрещающий у нас в стране применение префронтальной лейкотомии — заставило врачей, особенно психиатров и нейрохирургов, осуществлявших эту операцию, серьезно задуматься о судьбе оперированных больных, а также о том, почему же все-таки префронтальную лейкотомию постигла столь печальная судьба.

Наверное, сейчас, на новом этапе развития нейрохирургии, следует оглянуться назад, в прошлое, отделенное от нас несколькими десятилетиями, и пристальнее взглянуть на происходившее в сороковых–пятидесятых годах, чтобы ретроспективно оценить опыт префронтальной лейкотомии, практически провалившейся в нашей стране. В чем же причина ее провала и почему оказались неубедительными приводившиеся ее сторонниками доводы?

Первой причиной можно считать отсутствие строго обоснованной теории этой операции. Приведенные выше данные малоубедительны, разноречивы, подчас кажутся даже произвольными. Ю.Б. Розинский говорил о снятии при префронтальной лейкотомии аффектогенного фактора, об «инактивации протопатического компонента». Устранение гиперактивации коры со стороны подкорковых образований предполагал Л.А. Орбели, задававшийся, однако, весьма важным вопросом: «Как же можно лечить душевнобольного, у которого поражена высшая нервная деятельность, префронтальной лейкотомией, то есть отделением органа наивысшей деятельности — лобных долей?». M.V. Govindaswamy и R. Balakrichna (1944), изучив 25 оперированных под общим наркозом больных шизофренией (беспокойство, слуховые и зрительные галлюцинации), лечебный эффект префронтальной лейкотомии объясняли не столько пересечением проводящих путей, сколько биохимическими последствиями этой операции.

Как вторую причину можно, видимо, выдвинуть отсутствие строго разработанных клинических показаний к операции. В качестве показаний назывались длительность болезни и безуспешность проводившихся ранее терапевтических воздействий. Оперировали больных с шизофренией, аффективными психозами, неврозами навязчивых состояний, хроническим алкоголизмом, устойчивым болевым синдромом и т.д. Операция представлялась эффективной у больных с озабоченностью, аффективным напряжением, сопровождавшимися мучительными переживаниями, сосредоточенностью на них, навязчивыми мыслями, угнетением, ипохондрическими, галлюцинаторными и бредовыми состояниями. Peterson (1943) считает эту операцию «почти специфичной для лечения депрессии, сопровождающейся возбуждением», у больных шизофренией, не поддающейся лечению другими методами.

В формировании отрицательного отношения к операции сыграло роль и мнение о привносимом ею «лобном дефекте» психической деятельности (Амбрумова А.Г., 1960), хотя для сравнительных исследований времени было мало (лейкотомия в СССР продержалась всего 3 года). Тем не менее следует еще раз подчеркнуть, что наиболее дифференцированное описание психического состояния больных до, во время и после операции дано отечественными авторами.

Динамические исследования больных осуществлены невропатологами (Сурат В.С., 1948), электрофизиологами, изучавшими электроэнцефалограмму (ЭЭГ) больных (Федорова А.Л., Майорчик В.Е., 1949) до и после операции.

Заключение американцев, что при лейкотомии шизофренические изменения психики заменяются «лобными», Б.В. Зейгарник и П.Я. Гальперин (1948) сочли уязвимым на следующем основании. Лобный дефект психики состоит в поражении высших — собственно человеческих — форм отношения к миру, и внесение этого дефекта не может служить основой включения в реальную жизнь. По мнению этих авторов, лейкотомия

устраняет дезорганизацию психической деятельности, снимает аффективную захваченность, что и дает возможность обратиться к реальному (внешнему) миру.

Неврологические исследования проводились у больных после односторонней (чаще левосторонней) и двусторонней лейкотомии. До операции патологических изменений у больных не было. В первые дни после операции наблюдался менингеальный синдром. На фоне его регресса иногда выступали слабость нижней ветви лицевого нерва, повышение сухожильных рефлексов на стороне, противоположной стороне операции, некоторые изменения мышечного тонуса, лобная акинетическая апраксия, когда больной был неспособен открыть рот и одновременно высунуть язык; и то и другое совершалось в незначительном объеме и с паузой. До этого наблюдения в литературе появились данные Freeman и Watts о появлении у больных после лейкотомии лобной атаксии, маскообразности лица, невыразительности речи.

На ЭЭГ после операции зафиксированы две фазы: 1) реактивные изменения в раннем послеоперационном периоде (усиление дооперационной патологии); 2) постепенное их затухание; стабильными оставались медленные волны.

Таким образом, отсутствие теоретического осмысления и строго определенных показаний–противопоказаний к операции, а также привнесение значительного психического дефекта самой операцией обусловили неуспех первого психохирургического вмешательства — префронтальной лейкотомии (Хачатурян А.А., 1951).

Но вместе с тем даже в начале нынешнего века возникает вопрос, возможна ли на современном этапе развития психиатрии обоснованная теория какого-либо лечения вообще, если под нею понимать прежде всего направленное воздействие на те структуры мозга, участие которых в патогенезе того или иного заболевания достоверно известно. Не являются ли перечисленные недостатки лейкотомии общими для любого вида лечения в психиатрии, и лишь устойчивый (из-за перерезки лобно-таламических связей) «лобный» дефект в психике подвергшихся префронтальной лейкотомии особо выделяет последнюю среди других видов лечения.

На эти вопросы можно, видимо, получить ответ, рассмотрев особенности психофармакологической терапии душевнобольных. Первые впечатления о действии психотропных препаратов (аминазина, в частности) заставили говорить о них как о средствах, призванных совершить революцию в лечении психически больных. Действительно, психотропные средства резко изменили облик психиатрических учреждений. Психофармакология развивается столь бурными темпами, что каждый год знаменуется введением в практику все большего количества новых препаратов. В настоящее время в обращении находится более 80 тысяч препаратов, из них в Европе — более 30 тысяч.

Однако длительные наблюдения за состоянием больных, леченных различными психотропными препаратами, заставили задуматься над рядом выявившихся фактов, отдаленно напоминающих некоторые примеры из истории префронтальной лейкотомии.

Пожалуй, не будет большой ошибкой, если сказать, что и у психофармакотерапии нет обоснованной теории. Показания и противопоказания к лечению психотропными препаратами также не отличаются строгой разработанностью. Их выбор и использование основаны на синдромологическом, а не нозологическом принципе. Контроль эффективности психотропных средств значительно менее четок, чем, скажем, сердечно-сосудистых препаратов, конкретные представления о действии которых дает наблюдение за состоянием пульса, кровяного давления и пр. Психотропные средства сами привносят психопатологическую симптоматику. Например, при лечении аминазином больные становятся замедленными в движениях, заторможенными; обедняется и становится менее выразительным их эмоциональное поведение. Но существенное отличие изменений, возникающих при длительном лечении тем или другим препаратом, от привносимой префронтальной лейкотомией психопатологической симптоматики

состоит в вероятности их обратимости после отмены данного средства. Однако и при лечении нейролептиками могут возникнуть необратимые нарушения в виде хронического нейролептического синдрома.

В целом наличие у психотропных препаратов глобального и элективного действия позволяет с успехом применять их при лечении разнообразных психопатологических состояний. Но, оказалось, есть больные, у которых психические расстройства плохо поддаются психофармакологической терапии.

Наличие больных, резистентных ко всем видам лечения, существующего в психиатрии, в том числе к психофармакотерапии, заставляет искать иные формы лечебного воздействия. Это и некоторые другие обстоятельства (получение новых данных об отношении различных структур мозга к психической деятельности, в частности к эмоциональным процессам, дальнейшее совершенствование нейрохирургической техники, например, овладение стереотаксическими методами) обусловили оживление интереса к психохирургии, получающей все большее развитие в зарубежных странах. Арсенал современных психохирургических вмешательств весьма разнообразен по характеру воздействия на мозг. Это и метод электрической стимуляции мозга, и деструкция точек в глубинных структурах мозга (гиппокампе, миндалевидном теле, ядрах зрительного бугра и даже гипоталамусе).

Многие исследователи считают перспективным метод электрической стимуляции мозга. Предсказывается возможность его использования не только для лечения больных эпилепсией, шизофренией, неврозом навязчивых состояний, но и в создании «психоцивилизованного общества», члены которого, по словам Дельгадо, будут воздействовать через вживленные электроды на собственные мозговые функции и изменять их так, чтобы создать «более счастливого, менее агрессивного, лучше сбалансированного человека». «Раскрытие физиологического кода психических процессов — пишет Н.П. Бехтерева (1971), — может сделать их управляемыми, по крайней мере в том же объеме, в каком в настоящее время принципиально управляемы эмоциональные реакции. Как только будет расшифрован физиологический код психического, в мозг можно будет «внести извне» не только сигнал, запускающий или останавливающий уже существующие там реакции, но и погасить «идею», терзающую больной мозг не просто слепым перерывом путей в мозге».

Во всех этих высказываниях, пожалуй, не столько восхищающих возможностями будущего, сколько тревожащих, можно схематически выделить два более или менее обособленных направления. Первое — это воздействие на мозг больного человека с целью устранения болезненных явлений. Особенно широкое распространение психохирургические вмешательства получили при эпилепсии. Производится даже расщепление мозга (разобщение его полушарий) или используется метод электрической стимуляции различных структур мозга (стимулируется соседняя с эпилептогенной зона, с тем чтобы остановить распространение «разряда» и предотвратить таким образом припадок). Больные эпилепсией с вживленными электродами, снабженные самостимулятором, могут использовать его всякий раз, когда чувствуют наступление припадка.

Второе направление — это воздействие на мозговые структуры человека с целью, как говорит Дельгадо, совершенствования его психики, управления поведением. Принцип — заставить один участок мозга «нейтрализовать деятельность другого участка». Очень трудно оценить и особенно предвидеть последствия таких исследований, если они получат дальнейшее развитие. Но едва ли возможно единое мнение о целесообразности такого рода «совершенствования» психики человека. Разные подходы к вопросу о границе допустимости подобных воздействий на мозг обусловлены прежде всего различием мировоззрения, понимания сущности человека и закономерностей его развития. Один из подходов основан на том, что уродливость жизни, общественные конфликты и катастрофы обусловлены изначальной ущербностью человеческой психики,

врожденной агрессивностью человека, и поэтому для устранения социальных уродств предлагается изменить природу человека, «переконструировать» его мозг. Но, чтобы целенаправленно изменить мозг, необходимы абсолютно точные знания (которых пока нет) о нем и особенно о том, каким же образом головной мозг обеспечивает психическую деятельность человека, каковы соотношения между мозгом и психикой.

В основе другого подхода лежит противоположное утверждение, а именно — уродливая социальная среда вызывает уродливое развитие психики человека, поэтому в переделке нуждается не его мозг, а социальная система, если она враждебна благородным природным задаткам людей. Прямое же воздействие на определенные структуры мозга человека целесообразно и морально оправдано только для лечения больных.

Одним из частных аспектов этого направления является, как говорит Дельгадо, избавление человека от страдания путем воздействия на те структуры мозга, которые, предположительно, участвуют в формировании переживаний со страдальческим (депрессивным) оттенком. Но, принимая во внимание современное состояние проблемы эмоций, невольно приходишь к выводу, что человек «ринулся в свой мозг» с целью «спасения от страдания» преждевременно, так как далеко еще не выяснен сравнительный биологический смысл положительных и отрицательных эмоциональных состояний. Мы знаем, что нормальной человеческой эмоциональной сфере присуща биполярность, полюсность переживаний, то есть наряду с печалью человек (конечно, по адекватному поводу) переживает радость. Более того, радость более «радостна» для человека, знающего по собственному опыту эмоциональных переживаний (а не понаслышке) тоску — истинную тоску и тревогу. Беспечальный человек фактически мало знает о том, что есть радость. И само отсутствие у человека полюсности переживаний, когда в его эмоциональном поведении господствуют состояния лишь с одним знаком — допустим, благодушие, эйфория, или, напротив, беспрерывная тоска, рассматривается уже как грубая патология эмоциональной сферы. Но истинный смысл положительных и отрицательных эмоциональных состояний нам еще не известен, как и лежащие за ними изменения парной работы полушарий мозга. Если речь идет не об единичных эпизодах, а о нормальной, присущей данному человеку склонности к положительным или отрицательным переживаниям, то, пожалуй, нельзя точно ответить на вопрос, что же лучше — удовольствие или страдание. Целый ряд фактов показывает, что отрицательно окрашенные эмоциональные состояния (озабоченность, встревоженность, склонность к сомнениям, постоянная неудовлетворенность результатами своей деятельности) предполагают большую общую психическую активность. И если рассматривать на протяжении длительного времени путь человека с выраженной склонностью к переживаниям с депрессивным оттенком, то можно говорить о больших успехах, о значительно более ярких его способностях преодолевать трудности, о более высокой продуктивности его деятельности. Именно эти свойства особо грубо нарушаются при поражении передних — лобных — отделов полушарий мозга (Абашев-Константиновский А.Л., 1949; Доброхотова Т.А., 1974; Белый Б.И., 1987). Вот почему возникает сомнение, нужно ли так уж стремиться освобождать человека от страдания (исключая, конечно, резко выраженную боль или глубокую степень депрессии), не нарушит ли это естественных свойств эмоций, а именно их полярности, полюсности.

Все изложенное выше подводит нас к выводу, что в настоящее время возможности психохирургических вмешательств значительно расширились. Но учитывая опыт предыдущих операций (префронтальной лейкотомии) и приведенные выше размышления о допустимых границах вмешательства с целью изменения психической деятельности, при выборе операции следует, видимо, максимально продумать все детали в каждом отдельном случае, сформулировать четко обоснованные показания и противопоказания, адекватно оценить ее эффект путем сопоставления с дооперационными данными.

1.4. Нейропсихиатрия и неврология

Неврология является одним из компонентов основы, на которой развивалась нейропсихиатрия, и составной частью нейрохирургического комплекса. И это вполне естественно, так как в клинической картине поражения мозга психопатологическая симптоматика сочетается с неврологическими нарушениями — двигательными, чувствительными, висцеро-вегетативными. Неврологический метод (наряду с психопатологическим) используется в систематизации целостных картин поражения правого и левого полушарий мозга. С давних пор известны различия неврологической симптоматики право- и левополушарной патологии мозга, однако в руководствах по неврологии при рассмотрении больного всегда имели в виду правшу.

Неврология очагового поражения мозга в этой книге привлекается в значительно большем объеме, чем требуется для повседневных совместных (невропатолога и нейропсихиатра) осмотрах больных.

Неврология и нейропсихиатрия — науки, изучающие больного с органическим поражением мозга. Нейропсихиатр считает обязательным учитывать неврологическую симптоматику, ее взаимодействие с психопатологической картиной поражения мозга; характеристики больных расширяются также за счет обязательного учета профиля функциональной асимметрии, отражающегося, как оказалось, на психопатологической картине. Новшеством данной книги является раздельное описание картины очагового поражения мозга правшей и левшей. Нейропсихиатр в ходе сравнительного изучения тех и других неизбежно сталкивается с фактом появления у левшей с очаговым поражением мозга психопатологических феноменов: 1) близких к их аналогам у правшей; 2) резко от них отличающихся; 3) иллюстрирующих как бы противоположность симптома–синдрома правши (правосторонняя пространственная агнозия при поражении левой гемисферы вместо типичной для правшей левосторонней — при правополушарной патологии мозга); 4) отсутствующих у правшей и, по-видимому, вообще у них невозможных (зеркальные формы деятельности, обратные речь и письмо и др.).

Но в настоящее время многое из перечисленного практически не изучено. Поэтому изложение представлений о соотношении нейропсихиатрии и неврологии далеко не полно. Подробное рассмотрение неврологического сопровождения каждого психопатологического синдрома является предметом будущих исследований. Однако закономерности сочетаний синдромов нервных и психических нарушений сохраняются. Клиника очаговых поражений мозга вообще дает уникальные возможности для анализа нарушений психической деятельности в сопоставлении с расстройствами на более низком «нервном» уровне (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977)

В 1964 году появилась статья А.Н. Шогама, в которой говорится, что вся кортикальная неврология долго оставалась неврологией ведущего (левого) полушария, а знания в области неврологии правого полушария ограничивались работами по анозогнозии, амузии, расстройствам схемы тела. Кстати, здесь автор невольно как бы уравнивает значение неврологических (расстройств схемы тела), психопатологических (анозогнозия) и нейропсихологических (амузия) нарушений в диагностике локальных поражений мозга. Однако оценивая состояние неврологии А.Н. Шогам (как и многие другие исследователи) имел в виду только правшей, являвшихся предметом изучения всех нейронаук. Левши же еще детально не исследовались, и вопрос о них оставался открытым. Внимание автора сосредоточено на интересующих нейропсихиатра психических нарушениях при поражении правого полушария мозга правшей; речь практически идет об асимметрии мозга (амузия, анозогнозия — в картине поражения правого полушария). Помимо этого в статье обращено внимание на следующую особенность, что

по полушариям как бы распределены не только неврологические, но и психические функции, и это распределение неровно — асимметрично.

Психопатологической стороной неврологических заболеваний очень редко интересуются психиатры общего профиля. Это предмет непосредственного изучения нейропсихиатра. Однако следует иметь в виду, что: 1) нейропсихиатрические знания могут быть полезными для понимания механизмов формирования психопатологических синдромов у больных психиатрической клиники; 2) распад нервной и психической деятельности может быть осмыслен с точки зрения организации нервно-психической деятельности здорового человека.

Сказанное можно проиллюстрировать многими примерами нарушений, проявляющихся, например, в зрительной, двигательной и чувствительных сферах.

В 1950 году А.Р. Лурия и А.В. Скородумова описали так называемую «фиксированную» гемианопсию. Она, как правило, развивается на фоне истинной, действительно имеющей место левосторонней гемианопсии и сочетается с ней (Кок Е.П., 1967). Эта гемианопсия не осознается больными, поэтому жалобы не нее отсутствуют. Она сочетается с другими нарушениями, обусловленными игнорированием (например, зрительным) того, что оказывается слева от больного или в левой половине поля его зрения. Так, у описанного А.Р. Лурия и А.В. Скородумовой больного обнаруживалось в частности расстройство чтения: он начинал читать с середины строчки или даже с середины слова. Больной не способен компенсировать зрительный дефект посредством перемены направления взора и положения головы, усиления активности глазодвигательных реакций. Игнорируя «дефектное» поле зрения, он видит только в пределах сохранного поля.

Обратимся к двигательной сфере. М.Б. Кроль утверждал, что движения человека сами по себе — ничто. Важнейшее значение приобретает их осознание. Оно представляет собой важный психический компонент движений, их комбинации. Из движений складываются действия — наше поведение. В течение индивидуальной жизни возникают новые комбинации движений. Необходимо их «осознание»: мы «научаемся» использовать двигательные механизмы для осуществления определенных целей, для решения определенных задач, которые ставят меняющиеся ситуации жизненной обстановки, меняющиеся констелляции. Мы научаемся использовать движения для действия (одеваться, раздеваться, причесываться и т.д.). Это свойство движений может быть потеряно при апраксии — отсутствии (исчезновении) способности организовывать их сочетание.

Нарушение движений может играть частичную роль в динамической афазии, аграфии.

Показаны особые нарушения двигательного поведения у правшей при очаговых поражениях правого полушария мозга. Автоматизированная жестикуляция описана психиатром Украинского нейрохирургического института Л.Г. Разумовской-Молукало (1963) у больной с очаговым сосудистым поражением правого полушария мозга. В исследовании Г.П. Губиной (1964) автоматизированная жестикуляция не отмечалась ни у одного из 60 больных с очаговыми сосудистыми поражениями левого полушария мозга.

Паракинезы, автоматизированные движения, по мнению С.В. Бабенковой (1971), наиболее типичны для острых очаговых сосудистых поражений правого полушария головного мозга наряду с нарушениями схемы тела и изменениями психики. Автор подчеркивает частоту нарушения схемы тела при поражении правого полушария. Она изучила 300 больных с расстройствами мозгового кровообращения в левом (150 больных) и правом (150 больных) полушариях мозга. Будучи невропатологом, С.В. Бабенкова была вынуждена в своей монографии, посвященной клиническим синдромам поражения правого полушария мозга, уделить, пожалуй, большее внимание психопатологической и нейропсихологической симптоматике: гемисоматоагнозии, анозогнозии, деперсонализации (псевдополимелии, ощущениям разделения тела на части и изменения

их величины), ощущению отчуждения (отсутствия) конечностей (как правило, левых), апракто-агностическому синдрому, нарушениям право-левой ориентировки, пальцевой агнозии, левостороннему сенсорному невниманию, аллестезии, агнозии на лица и т.д. Больные игнорируют, скажем, левосторонний гемипарез (плегию). Недооценивают или совсем не осознают, отрицают нарушения движений в левых конечностях. Причем интересен тот факт, что отрицание дефекта часто сочетается с конфабуляциями и псевдореминисценциями.

Эта книга относится к числу тех немногочисленных, можно сказать, единичных, работ, в которых имеется описание больных-левшей и отличающих их от правшей клинических особенностей. К сожалению, в литературе сравнительное описание больных — правшей и левшей — как правило, отсутствует. Но С.В. Бабенкова лишь констатирует «врожденное» левшество у трех больных с апракто-агностическим синдромом, развившимся при поражении левого полушария: из них один переученный левша и один со скрытыми признаками левшества. Из материала С.В. Бабенковой можно понять, что эти левши отличались от правшей: 1) развитием синдрома, характерного для правополушарного поражения мозга, при кровоизлиянии в левое полушарие; 2) отсутствием характерных для правополушарного сосудистого поражения нарушений схемы тела, анозогнозии, аутотопоагнозии, псевдополимелии, отчуждения конечностей, апрактогностического синдрома. «Возникновение этих расстройств при очагах в левом полушарии является большой редкостью». Интересно и указание на отсутствие у левшей «своеобразных изменений сознания и психики», которые наблюдались у больных-правшей с поражением правого полушария мозга, пространственной гемиагнозии, гемисоматоагнозии.

Ею описывается 81-летняя больная левша с сосудистым поражением левого полушария мозга. С первых дней заболевания отмечалась анозогнозия в виде недооценки наличия паралича правых конечностей. С началом восстановления чувствительности (4–5-й день) и появлением гиперпатии и центральных болей в правых конечностях появилось ощущение наличия трех рук — псевдополимелия: «Одна рука здесь (справа), другая — под ней, а третья — тут (слева)». Правую руку считает здоровой (при этом указывает на левую руку), левую руку «и еще одну руку» — больными. О «третьей» руке говорит: «Она располагается крестиком, белая, там, где больная», «третья рука маленькая, беленькая, висит справа». С.В. Бабенкова подчеркивает наличие псевдополимелии при очагах (редких) в левом полушарии. Проблема левшества не обсуждается. Но приводится наблюдение: у 61-летней левши с поражением левого полушария отмечены недоступность правильного расположения букв и слов в пространстве страницы, соблюдения строчки, частое зеркальное написание букв и цифр, извращение их формы, пространственная апраксия и т.д. Автором отмечено отсутствие нарушений сознания и психики, кроме общего снижения интеллектуально-мнестических процессов у больных с левосторонним очагом.

Широко разрабатываемое понятие «внутренняя картина болезни» — представленность всех признаков болезни в сознании больного — крайне редко используется в психиатрии, чаще всего при так называемых пограничных расстройствах и соматических заболеваниях (Соколова Е.Т., Николаева В.В., 1995; Николаева В.В. 1987). Внутренняя картина болезни у правшей формируется при поражении левого полушария мозга: больные могут быть обеспокоены, встревожены, патологически подробно рассказывать о проявлениях недуга, если нет речевых нарушений.

В нейропсихиатрии (особенно отчетливо) и неврологии уже накопилось много данных, свидетельствующих о целесообразности двух описаний совместного «бега» психопатологических и неврологических симптомов. Первое практикуется с давних времен и выражается в описании психических и неврологических различий в картинах

поражения правого и левого полушарий мозга правшей. К настоящему времени накопилось довольно много данных в пользу отдельного описания тех же картин при право- и левополушарных поражениях мозга у левшей. И становится все более очевидной вероятность многих (вместо одного у всех правшей) вариантов (о чем говорят данные Бабенковой С.В.) психопатологической и неврологической картин, их совместного «бега» при поражении как правого, так и левого полушария мозга. В этой книге сделана попытка привести известные данные об отличающих левшей особенностях психической и нервной деятельности. Они проявляются вместе во многих феноменах, отсутствующих у правшей, в частности, в зеркальных формах деятельности. Правше, например, необходимо приложить исключительные усилия для исполнения зеркального письма, зеркального рисования, чтения и др., тогда как левшой они совершаются так же быстро, как правшой — обычные движения.

Различны и способы характеристики психопатологических и неврологических состояний. Пока представляются более приемлемыми две характеристики, совместного бега психических и неврологических нарушений правшей при поражении правого и левого полушарий.

При изучении психопатологических проявлений, обусловленных очаговым поражением мозга правшей и левшей, клиницист сталкивается с постоянством определенного у всех правшей (соответствующего психопатологическому синдрому) неврологического «контекста». Поэтому естественным представляется рассмотрение различий психопатологической симптоматики правшей и левшей с обязательным ее сопоставлением с сопутствующими нервными симптомами, на которых традиционно базируется топической диагноз. Поэтому одной из методических основ нейропсихиатрического исследования должно быть использование неврологического метода для систематизации данных клинических наблюдений и всесторонней оценки внутриполушарной топографии очага. Необходимо обязательное соотнесение психопатологических симптомов с сопутствующими им нервными расстройствами правшей и левшей. Такое соотнесение нервных и психических нарушений может служить подходом к пониманию формирования конкретных психопатологических явлений, синдромов или патогенетическим направлением в изучении психических нарушений правшей и левшей.

Нельзя не отметить, что пока особо трудным представляется анализ неврологических и психопатологических синдромов левшей, остающихся все еще малоизученными, хотя уже положено начало специальным их исследованиям, данные которых помогут, вероятно, лучше понять и особенности правшей.

В ходе сравнительного изучения левшей и правшей возникают новые, чрезвычайно трудные вопросы. Они связаны, например, с тем, что психическая деятельность левшей (рисование, письмо, чтение и т.д.) выглядит организованной противоположно в пространстве и времени по сравнению с таковой правшей. В настоящее время уже представляется возможным использование высказанных положений для понимания симптоматики очаговых поражений мозга не только правшей, но и левшей.

Глава 2

Общая психопатология очаговых поражений мозга правшей

Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Карменян К.К.

В данной главе разбираются психические нарушения правшей с очаговым поражением разных отделов правого и левого больших полушарий, а также срединных структур головного мозга. Особенности этих нарушений имеют значение в определении стороны, внутриполушарного расположения и характера поражения мозга, так как очаговая патология мозга у всех правшей характеризуется общей закономерностью. Описывая психопатологическую симптоматику правшей при поражении правого и левого полушарий мозга, мы выделяем: 1) пароксизмальные (приступообразные) психические нарушения, составляющие содержание эпилептических припадков, и 2) непароксизмальные (перманентные).

2.1. Пароксизмальные психические нарушения

Пароксизмальные нарушения составляют психопатологический компонент эпилептических припадков. Их структура имеет важное диагностическое значение, позволяя установить локализацию очага поражения. Они четко различаются при поражении правого и левого полушарий мозга.

2.1.1. Поражение правого полушария мозга

«Правополушарные» припадки отличаются наибольшей сложностью психопатологических феноменов при поражении задних (височных, теменных, затылочных) отделов. При поражении лобной доли яркие «продуктивные» психопатологические феномены, как правило, отсутствуют. Наблюдаются «общие эпилептические припадки» (Шмарьян А.С., 1949) с поворотом головы и глаз влево, ранней потерей сознания, судорогами (иногда более выраженными в левых конечностях), позывами на стул и мочеиспускание. Приводим возможные пароксизмальные психические нарушения.

Галлюцинации

Галлюцинации (лат. Hallutinatio — бред, видения) — расстройство восприятия, при котором кажущиеся образы возникают без реальных объектов. **Обонятельные галлюцинации** (Саган О.М., 1964; Вяземский Н.М., 1939, 1964) редко встречаются у больных, страдающих так называемыми эндогенными психическими заболеваниями. Они являются одними из ранних симптомов опухолей височной доли (Аствацатуров М.И., 1911; Белый Б.И., 1964). Им предшествует гиперпатия к запахам. Обонятельные галлюцинации редко составляют самостоятельный припадок. Обычно они сочетаются со вкусовыми, слуховыми (музыкальными), тактильными галлюцинациями, а также с болевыми, температурными и синестетическими ощущениями.

Синестезия (от *греч.* sysnв isthësis — соощущение) характеризуется возникновением при раздражении органов чувств наряду с адекватными каких-либо других ощущений (например, цветовых ощущений при слышании музыки). Синестетические ощущения больных часто сопровождаются отрицательной эмоциональной окраской (Вяземский Н.М., 1939) или аффективными, висцеро-вегетативными расстройствами (Брагина Н.Н., 1966). Среди последних — неприятные ощущения и урчание в животе, учащение сердцебиения и дыхания, гиперемия или побледнение лица, выраженные саливация, потоотделение. Возможны резкая общая слабость, оральные гиперкинезы (причмокивание, облизывание губ, жевание, глотание).

Почти все больные подчеркивают тягостность, мучительность приступа, неприятный характер обонятельных обманов, их незнакомость и тревожно-тоскливую окраску. Больные затрудняются в их описании, определении, обозначении. Часты одинаковые для разных больных фразы типа: «Кажется, что такого запаха в природе нет вообще». Пациенты сравнивают его с запахом гнили, жженого железа, испорченного мяса, гнилого лука и т.д. Обычно у больного в приступе возникает ощущение одного и того же запаха. Разные запахи отмечаются редко. Затруднительно для больных определение и описание локализации мнимого запаха. Он, с их слов, «окружает» нос, лицо и, чтобы отгородиться от него, больные закрывают нос платком.

По О.М. Сагану (1964), у большинства больных обонятельные галлюцинации не имеют экстрапроекции; запах ощущается внутри тела, «где-то в глубине груди, носоглотки»; у одной больной запах «исходил» из правой половины носа (соответствуя стороне расположения опухоли). Первые ощущения запаха больные считают реальными, жалуются родным, что «неприятно пахнет… откуда-то идет этот запах». Приобретая последующий опыт, они убеждаются, что запах им «только кажется» и чувствуют его только они. Обонятельные галлюцинации встречаются чаще у больных с опухолями мозга, реже — у страдающих эпилепсией (Смирнов В.Я., 1976; Чебышева Л.Н., 1977).

Вкусовые галлюцинации встречаются реже, появляются позже обонятельных, могут сочетаться с ними в одном и том же приступе. Выражаются в кратковременном преходящем ощущении неприятного привкуса во рту, характер которого больные затрудняются описать. При опухолях сильвиевой борозды может быть триада: движения губ, вкусовые и слуховые галлюцинации (Вяземский Н.М., 1964).

Слуховые галлюцинации разнообразны при поражении височной области. Имеют невербальный характер. Выражаются в кратковременном мнимом восприятии музыки или природных, бытовых шумов, характеризующихся ритмичностью звучания. Их нередко называют музыкальными и ритмическими галлюцинациями. Они наблюдаются чаще у больных, припадки которых обусловлены очаговым поражением правого полушария. Выражаются в явственном ощущении звучания, в частности музыки, в момент припадка. Больные способны передать эмоциональный оттенок мнимой музыки — грустной, веселой; могут сказать, где, когда и в чьем исполнении слышали ее раньше. Музыкальные галлюцинации представляют собой обычно не самостоятельный приступ, а частное слагаемое сложного по психопатологической структуре припадка. Приведем пример:

Больная, 30 лет (удалена астроцитома правой височной доли). За 3 года до операции появились приступы болей в животе с выделением тягучей густой слюны и ощущением покачивания. За 2 года до этого пережила «странное», никогда более не повторявшееся состояние: «когда в своей квартире переходила из одной комнаты в другую, в душе будто что-то перевернулось, оборвалось… появилось чувство одиночества, стало тяжко… обернулась назад и вдруг показалось, что все здесь мне незнакомо, чуждо, не мое, был какой-то запах». Потом у больной появились судорожные припадки. Перед ними — «неприятное ощущение в животе, оно тянулось вверх, начинало выделяться много густой

тягучей слюны, слева доносилась грустная… грустная похоронная музыка, наступала безысходная тоска… слева налетала темнота, потом ощущение, будто лечу и кувыркаюсь, и на этом теряю сознание».

Здесь музыкальные галлюцинации появлялись в ауре больших судорожных припадков. Они кратковременны, имеют грустное содержание, доносятся до больной слева. Некоторые больные слышат «электронную музыку».

Содержание слуховых галлюцинаций некоторых больных составляют природные, бытовые шумы, отличающиеся ритмичностью звучания: шум морского прибоя, работающего мотора, льющейся из крана воды, звучание дверного звонка или комариный писк, жужжание пчелы, чириканье воробья и т.д.

Зрительные галлюцинации, как правило, элементарны. Больные видят светящиеся точки, линии, зигзаги, иногда яркие цветовые полосы, «разноцветные искры и рябь в глазах». Они могут проецироваться на левую половину поля зрения. Возможна более сложная структура зрительных обманов. Так, описана больная, которая в момент приступа видела «рожи, гримасы, будто выглядывающие изо всех углов, одновременно слышала чудеснейшие сладкие мелодии, которые всегда повторялись с началом припадка и по которым она тосковала» (Кроль М.Б., 1946).

Особое место занимают единичные наблюдения, в которых во время припадков у больных появляются «насильственные зрительные представления», близкие к зрительным псевдогаллюцинациям. «Внутри головы» видятся лица людей, фигуры. Лицо в момент его «видения» может казаться знакомым и незнакомым, но ясности в осознании того, действительно ли знакомо лицо и кому оно принадлежит, больные обычно не достигают. Эти «видения внутри головы» продолжаются, пока приступ не закончился.

В самоописаниях некоторых больных выступает отчетливая динамика зрительных образов. Так, наблюдавшаяся нами больная «видела мелькание в левой половине поля зрения», это «мелькание» постепенно превращалось в «рожицы», застывшие в «издевательской улыбке». На этом этапе больная теряла сознание и следовал большой судорожный припадок.

Тактильные галлюцинации редки. Выражаются в ощущении чьего-то прикосновения, чаще к левой половине тела. Возможна диссоциация между ощущениями, относящимися к двигательной и чувствительной сферам: при полной обездвиженности («полное оцепенение, не могу шевельнуться») больные испытывают тактильные, соматические обманы: будто к ним прикасается кошка, и они ощущают лапы, шерсть, чувствуют тяжесть кошки на себе. Нередки ощущения, относящиеся к сексуальной сфере.

Аффективные расстройства

Аффект (лат. affectus — душевное волнение, страсть) — кратковременное положительно или отрицательно окрашенное бурно протекающее чувство.

В возникновении аффективных пароксизмов при правополушарной патологии особо значимо поражение височного отдела. Привлекают внимание, в частности, два противоположных нарушения, выступающие в контексте других психопатологических феноменов.

Первое — возникновение чрезмерных по силе аффектов с оттенком страдания: тоски, страха, ужаса. Проявляются чаще вместе с обонятельными, вкусовыми галлюцинациями и резко выраженными висцеро-вегетативными изменениями. Врач, наблюдающий больного в момент приступа, поражается, до какой степени выразительны переживаемые пациентом аффекты и как они изнуряют его за короткое мгновение (из-за сочетания с чрезвычайно выраженными вегетативными нарушениями). Лицо больного, в начале гиперемированное, становится бледным, покрывается капельками пота. Выражает крайнюю степень ужаса, страха. Глаза широко раскрыты. Во взгляде —

мучительное, неразрешимое страдание и беспомощность. Ноздри раздуты. Резко учащены сердцебиение и дыхание. Мимика чрезмерного страдания на какой-то миг сменяется выражением отвращения. Из приступа больные выходят бледными, с заострившимися чертами лица. Беспомощно откидываются на спинку стула. Некоторое время лишены возможности произвести какое-либо движение. Испытывают резкую слабость, опустошенность. Лишь по истечении нескольких минут способны пояснить, как тягостны для них подобные приступы, в которых присутствуют еще и неприятные обонятельные галлюцинации.

Второе — сочетание аффективного нарушения с явлениями дереализации и деперсонализации. Возможны два варианта этих сочетанных нарушений. При описании первого из них — состояния дереализации по типу «гибели мира» (Шмарьян А.С., 1940) — больные используют слова «ужасное», «тягостное»: в преходящем нарушенном восприятии больного все окружающее будто рушится, падают деревья, дома, предметы. Наблюдается в частности следующая последовательность общего и эмоционального состояния больного: резкая головная боль, головокружение, ощущение внезапного падения, «кувыркания, все тело будто резко увеличивается, окружающий мир, предметы становятся странными, чуждыми, незнакомыми, возникает сильнейший страх, тревога».

Возможна внезапная утеря «чувств» — наступает безэмоциональное психическое состояние. Адекватно описать «переживания» в состоянии «безэмоциональности» трудно. Его пытаются объяснить больные, пользующиеся словарным запасом, приспособленным для характеристики многообразных эмоциональных переживаний здорового человека. Свое состояние в момент приступа они называют «страшным».

Иногда возникает преходящая эйфория, благостность, сочетающиеся с ощущениями измененности мира в виде «небывалой его яркости и сочности» (Шмарьян А.С., 1949). Но подобное пароксизмальное проявление эйфории с расслабленностью встречается редко.

Состояния дереализации

Описанию состояний измененного восприятия окружающего мира и самого себя следует предпослать краткое изложение истории становления представлений об этих расстройствах.

Дереализация и деперсонализация описаны в 1873 году Крисгабером в специальной монографии. Дереализация (de + лат. Realise — вещественный) — расстройство психической деятельности, выражающееся в тягостном переживании утраты реальности окружающего мира. Часто сочетается с деперсонализацией, составляя дереализационно-деперсонализационный синдром. А.С. Шмарьян описал его как «особое состояние сознания с переживанием *deja vu* (франц. уже виденный)»: своеобразное нарушение акта восприятия (и памяти), сопряженное с ложным узнаванием и соответствующим эмоциональным переживанием (новая незнакомая обстановка воспринимается с чувством, что все это уже знакомо, ранее видено больным).

Deja vu — уже виденное или, как определяет А.В. Снежневский: «ощущение и убеждение, что впервые видимое уже наблюдалось в прошлом». Первое описание *deja vu* А.С. Шмарьян относит к 1845 году. Приводит он и собственное наблюдение 34-летней больной с поражением височно-теменных отделов. У нее после судорожных припадков наступало «неясное восприятие окружающего»: все казалось странным и необычным, не узнавала знакомых предметов, было впечатление, что видит их впервые (*никогда не* [illegible]). Одновременно было состояние *уже виденного*: как будто все «так уже пережи[illegible], когда и при каких обстоятельствах, она не знает, но «это было». При этом паци[illegible] была неспособна вспомнить, представить лицо мужа, дочери, свою комнату, зна[illegible] предметы. Она была ориентирована, понимала болезненность своего состояния.

В соответствии с изложенным выше *deja vu* представляет собой лишь частный симптом среди многих других. E. Kraepelin (1866) называл те же явления «идентифицирующим обманом восприятия».

E. Christiani (1935) и А.С. Шмарьян (1940) описали *уже виденное* у больных с опухолями мозга. Научное толкование этот феномен, по А.С. Шмарьяну, получил после того, как его стали относить к деперсонализационному синдрому: «Он выступает в структуре сновидно-деперсонализационного расстройства сознания и должен рассматриваться как симптом нарушения сознания Я». P. Janet рассматривал тот же феномен как нарушение восприятия реальности; Джексон (1889) — как проявление *dreamy states*; *Пик — как редуплицирующую парамнезию.* Р.Я. Голант наблюдала ее при корсаковском синдроме. Эта парамнезия отличается от *deja vu* и является органическим симптомом распада мнестических функций.

М.Б. Кроль отметил значение правого полушария: «При поражении височной доли, в особенности справа, выступают иногда сноподобные состояния, во время которых предметы кажутся далекими, нереальными, в то же время странно близкими и как-будто уже виденными». В литературе не рассматривался вопрос о частоте *deja vu* и особенностях его проявления у правшей и левшей.

Нарушения при дереализации обозначались разными терминами:

Психосенсорные расстройства (Гуревич М.О., 1933)

Dreamy states — сновидные состояния (Jackson J.H., 1889).

Deja entendu — уже слышанное: ощущение и убеждение, что впервые услышанное уже было в прошлом (Снежневский А.В., 1974).

Deja vecu (франц. уже пережитое) — *уже слышанное* — «ощущение и убеждение, что впервые переживаемое в настоящее время уже было в точности в прошлом».

Deja eprouve — уже испытанное (Richardson T.F., Winokur G., 1967)

Deja raconte — уже рассказанное (Фрейд З., 1922).

Jamais vu — никогда не слышанное, не виденное, не пережитое.

Jamais entendu — никогда не слышанное.

Jamais vecu — никогда не испытанное, не пережитое.

Jamais eprove — никогда не испытанное.

Все перечисленные явления часто переплетены друг с другом и их трудно различить (Шмарьян А.С., 1940).

Под дереализацией понимают измененное восприятие окружающего мира. Оно часто бывает пароксизмальным. После выхода из приступа больные способны описать пережитое ими состояние. Привычная, много раз виденная, эмоционально значимая для больного ситуация вдруг воспринимается им как незнакомая, чуждая, никогда не виденная (Короленок К.Х., 1961). А.С. Шмарьян (1940) описал синдром «*гибели мира*»: «все рушится, валится и гибнет». Отмечены макропсии и микропсии — увеличение или уменьшение видимых в данный момент больным предметов, обстановки; метаморфопсии — внешние объекты колеблются, искажается их форма.

Б.А. Насонов и Б.М. Куценок (1965) описали ритмическую повторяемость переживаний: многократное повторение (через равные промежутки) раз виденного. Ситуация уже исчезла как реальность, но она мелькает в сознании больного вновь и вновь, будто она еще есть в настоящем времени и пространстве. Некоторые исследователи (Meadows J.C., Munro S.S., 1977) приводят феномен, близкий к предыдущему (палинопсия, или «визуальная персеверация»): уже отсутствующая ситуация как бы задерживается в поле зрения больного; может сочетаться с игнорированием происходящего слева от больного.

Уже виденное может быть мгновенным. Это ощущение может относиться ко всей впервые видимой обстановке или к каким-то отдельным ее деталям, особенно к наиболее активной части окружения — людям, их действиям, жестам, мимике. Как и *уже*

виденное, уже пережитым представляется то, чего не было в опыте прошлых восприятий больного и что он впервые видит в настоящий момент. Вместо этой единственной отнесенности к настоящему времени в сознании больного возникает еще и ложное ощущение узнавания ситуации. Иногда больные испытывают ощущение, что все это они уже видели, уже слышали, уже пережили в прошлом «тысячи и миллионы» раз. Ошибка восприятия касается его отнесенности во времени: ситуация, реально воспринимаемая в настоящее время, будто бы уже была, воспринималась больным в прошлом времени.

Состояние *никогда не виденного* противоположно описанному. Много раз виденная, переживавшаяся, привычная и близкая ситуация кажется чуждой, незнакомой, никогда не бывшей в прошлых восприятиях больного. После выхода из приступа больные четко осознают ошибку восприятия. Эмоциональная окраска этого ощущения иная, чем ощущения *уже виденного.*

Явления дереализации — мгновенного ощущения измененности окружающего мира — могут проявляться также в виде ощущения его непривычности, незнакомости, чуждости, безжизненности, обездвиженности. Разнообразие этих состояний, возможно, определяется несходными нарушениями восприятия пространства и времени, долго находившимися вне внимания исследователей-клиницистов и потому пока недостаточно изученными.

Варианты одного из названных состояний трижды повторились у 60-летней больной, у которой оказалась опухоль (менингиома), вдавливающаяся в полюс височной и задние отделы лобной доли правого полушария мозга. За год до операции больная пережила три приступа.

1. Больная возвращалась с работы. Уже дошла до своего дома. Но «вдруг не могла его узнать... вроде мой дом и в то же время не он... какая-то другая окраска что ли... все будто изменилось, стало неестественным... дом изменился, но в чем, не могла понять». Посмотрев на соседние дома, больная не могла их различить: «все дома были как будто одинаковы».

2. Днем по служебной необходимости должна была поехать в район, где раньше бывала часто и хорошо знала окрестности. Около нужного дома «вновь наступило то состояние... опять не могла узнать дом... он и в то же время не он... какой-то необычный, чего-то будто лишенный».

3. Вечером — при электрическом свете стояла на улице — у калитки знакомого дома и вдруг «перестала узнавать дом... входила в калитку и выходила». Мучительно сопоставляла стоявший перед ней дом с тем, каким он был в ее представлении. Отходила от дома подальше и как будто даже понимала, что нужный дом — перед ней, «он должен быть именно здесь». Решила уехать домой, но «не могла понять, в какую сторону надо направиться, в какой сесть троллейбус и где его найти».

У этой больной не было судорожных припадков. Описанные приступы с переживанием вдруг возникающие ощущения незнакомости знакомого ей окружающего мира внезапно наступали и обрывались. В момент переживания пароксизма сама больная улавливала болезненность своего состояния, в частности необычность получаемых в этот момент впечатлений от окружающего мира, но была неспособна достигнуть ясности в осознании того, что же изменилось, почему все знакомое окружение стало незнакомым, «неестественным». Была явственной беспомощность больной в ориентировке в пространстве.

В подобных состояниях больные неспособны различать многообразные предметы окружающего мира; лица прохожих воспринимают как одинаковые, не улавливают индивидуальной мимики; не могут определить скорость движения, например, автомобилей. Могут не различить быстро бегущего и медленно идущего человека.

Пароксизмальные ощущения обездвиженности окружающего мира наблюдались у 43-летнего больного (глубинно расположенная опухоль правой височной области).

Больной называл такой приступ «фотографией»: «налетает» неприятный запах («вонь ужасная») и в этот же момент все «останавливается... становится неподвижным, как на фотографии... останавливается время... делается тихо, будто нет никаких звуков... жизнь будто кончилась». По словам жены, в начале приступа больной краснеет , потом бледнеет, недоумевающей жене может сказать: «сейчас пройдет», но после приступа не сразу может сообразить, что с ним случилось. Несколько раз под утро отмечались судорожные припадки. Перед их началом просыпался «от ужасно неприятного запаха и привкуса во рту; чтобы избавиться от них, вставал, шел в ванную, начинал полоскать рот» и падал, терял сознание, отмечались судороги. После одного из таких припадков стала неподвижной левая рука, движения восстановились через несколько часов.

Измененное восприятие внешнего мира во время эпилептического приступа может сочетаться с иным, чем обычно, переживанием времени. Со слов 20-летнего больного: «как-то чудно воспринимается время... происходит какое-нибудь событие вот сейчас... только-только произошло, а мне кажется, что это было давным-давно или совсем и не было».

Следует особо подчеркнуть клинические варианты измененного восприятия времени, сочетающегося с нарушенным восприятием внешнего мира и самого себя. Они могут быть в составе сложного припадка как частное клиническое проявление или составляют все содержание приступа. Среди них: 1) *остановка времени* — время будто остановилось; на короткий период этого ощущения мир представляется больному обездвиженным, лишенным цветовых окрасок, объемное представляется плоским; 2) *замедление времени* — внезапно наступающее ощущение, будто время течет медленнее, чем обычно, движения людей замедлены, их лица «угрюмы, будто застыли навсегда в этом выражении»; 3) *ускорение времени* — ощущение течения времени, противоположное предыдущему: время переживается больным как текущее более быстро, чем в прошлых его восприятиях, изменяется все окружение, например, люди представляются суетливыми, быстро передвигающимися; сам больной хуже чувствует свое тело, грубо ошибается в определении длительности только что пережитого состояния; 4) *растягивание времени* — время переживается больным как растянутое (минуты воспринимаются как прошедшие часы, дни и даже недели); этому сопутствует часто нарушенное восприятие окружающего мира: неподвижные предметы могут представляться двигающимися, «живыми, плоское — объемным»; 5) *утеря чувства времени* раскрывается больным в таких выражениях: «времени нет... освободился от гнета времени», окружающие больного люди, предметы кажутся контрастными, а собственное эмоциональное состояние — приятным; 6) *обратное течение времени* — «время течет вниз»; больные иногда говорят: «Я иду назад во времени» (этот феномен приводится для полноты описания измененного восприятия времени, однако крайне редко встречается у правшей).

Какое-либо из перечисленных изменений восприятия времени редко является единственным признаком припадка. Оно сочетается обычно с другими симптомами, проявляясь позже последних. Так, у известного писателя с 14-летнего возраста были судорожные припадки, потом появились приступы с ощущением остановки времени, сменявшимся чередой исключительно ярких зрительных образов.

Состояния деперсонализации

Термин «деперсонализация» (лат. de + persona — личность) предложен Дюга (Dugas L., 1898). Обозначает расстройство самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств, некоторых или всех (мыслей, представлений,

отношений к окружающему миру), осознаваемым и болезненно переживаемым самим больным. Психофизиологическую концепцию этого расстройства оставил Пик (Pick F., 1876).

Имеются в виду расстройства восприятия собственного Я — соматического и психического. Выше было отмечено их сочетание с явлениями дереализации, а также нарушенным восприятием времени и пространства. Может быть преходящее ощущение резкого увеличения или уменьшения частей тела, конечностей. Одна из больных говорила о «превращении голо́вы в конус, внутри которого — фантастические сцены, различные рисунки», одновременно наступало ощущение утери лба; больная старалась лечь на затылок, поясняя близким, что «не может лечь на то, чего нет». Ощущения сниженного чувствования или утери во время приступа могут относиться только к левой стороне тела, в частности, к руке. Одна из наших больных говорила: «будто улетает левая рука», одновременно было резкое головокружение. Возможно ощущение множественности частей тела: например, больному представлялось, что у него не одна (левая) рука, а несколько, и он оказывался неспособным различать среди них свою собственную — ту, что есть в действительности.

Иногда больные говорят об искажении или даже перерыве в чувствовании собственного тела. Испытывают при описании почти непреодолимые трудности в подборе слов. Это свидетельствует скорее об исключительности, необычности вдруг возникающих преходящих состояний: «внезапно резко снижается чувство тела». Чтобы вернуть его, больные меняют позу, совершают быстрые движения, пытаются коснуться кого-либо из окружающих больного людей или движущихся механизмов. Двигаясь, испытывают ощущение, что поворачиваются, встают, идут не они, а кто-то другой. Еще Пик описал больную, которая говорила: «Тело, правда, то же самое, но дело обстоит так, как если бы я была другой». Наблюдавшийся М.О. Герцбергом (1948) больной, испытывавший отчуждение своего голоса, ощущение увеличения головы, языка и укорочения ног, жаловался на то, что ощущает себя «футляром, оболочкой», а свое Я — отделившимся и находящимся вне его, вблизи тела, слева; когда он ел вкусную пищу, то испытывал ощущение, что это «приятно его Я, находящемуся вне тела».

Сложны для анализа явления психической деперсонализации, более редкие, чем явления соматической деперсонализации. Больные говорят о «лишении чувств», «отчуждении от внешнего мира», «утере контакта с окружающими», об измененном переживании самого себя. Употребляют фразу: «ухожу в другое пространство, а все остаются в этом пространстве… я становлюсь посторонним наблюдателем, без всяких чувств смотрю на то, что происходит в этом пространстве».

«Двухколейность переживаний»

При этом преходящем расстройстве больные одномоментно существуют как бы в двух мирах и, следовательно, в двух различных пространствах и временах. Один мир — реальная действительность, которую, судя по самоописаниям, больные продолжают воспринимать, другой — нереальный в том смысле, что представляет собой уже несуществующий, бывший реальным в каком-то отрезке прошлой жизни больного и ныне «проигрывающийся» в его сознании. Больной и себя как бы идентифицирует в своем сознании, с одной стороны, с тем, какой он есть сейчас и здесь, с другой — с тем, каким был в конкретном отрезке прошедшего времени. Это состояние часто усложняется галлюцинациями — обонятельными, вкусовыми.

«Вспышка пережитого»

Это состояние, впадая в которое, больной перестает воспринимать то, что есть в действительности (в настоящем времени и реальном сейчас пространстве). Он как бы весь

возвращается в какой-то отрезок прошедшего времени. И в его сознании вновь проигрываются все события, которые были в том прошлом. Переживаются они в их истинной последовательности. Больной и самого себя воспринимает не таким, какой он есть в настоящем времени — скажем, перед приступом, а тем, каким был в том отрезке прошлого времени, в который он внезапно «вернулся». Такие состояния наблюдались W. Penfield и H. Jasper (1954) при электрической стимуляции коры височных долей. Выражались они во внезапном возникновении представлений, бывших у больных в какой-либо конкретной прошлой ситуации. Они переживались повторно со всеми бывшими в том отрезке времени подробностями. Подобные состояния появлялись при раздражении участков правой височной области и длились все время, пока продолжалось раздражение и исчезали сразу, как только убирались электроды.

Описываемые приступы отмечались нами у больных с очаговым поражением правой височной и височно-теменной областей. Возникали они и обрывались внезапно. Такие пароксизмальные состояния до сих пор не очерчены, не выделены отдельно. Между тем они характеризуются интересными и одинаковыми для разных больных клиническими особенностями. Впадая в это состояние, больные перестают воспринимать окружающий мир. Полностью его игнорируют. В своем сознании оказываются в ином мире, представляющем собой отрезок прошлой жизни больного. Он может быть отделен от настоящего времени многими годами, даже десятилетиями (зависит это в частности от возраста пациента). Нами наблюдался 35-летний больной. Он как бы «омолаживался» на 28 лет, оказываясь в момент приступа в конкретной ситуации, случившейся, когда больному было всего 7 лет: он ехал в кабине грузовика рядом с отцом-водителем. Повторялись точно все подробности той ситуации (улыбка отца, его слова о том, что уже заходит солнце и т.д.).

В соответствии с самоописаниями больных, за время приступа в сознании повторяется отрезок (больший или меньший по длительности) прошлой жизни со всеми бывшими тогда событиями, ощущениями, переживаниями. Существенно, что в момент вспышки пережитого они непроизвольно «проигрываются» повторно с точным соблюдением временной последовательности. Это напоминает воспроизведение записи, нанесенной на магнитофонную пленку, из которой без целенаправленного вмешательства нельзя исключить ни одну деталь — подробность. Полно воспроизводятся бывшие у больного эмоциональное состояние, ощущения. Он идентифицирует себя не с тем, каков он есть сейчас, а с бывшим тогда самим собой. Весь последующий опыт, накопленный больным со времени вдруг оживившегося куска прошлой жизни, в его сознании отсутствует, пока он находится в приступе. Важной особенностью такого приступа является диссоциация между двигательной пассивностью, даже обездвиженностью больного, и яркостью повторного переживания бывших событий. Некоторые больные зачарованно смотрят в одну точку, на их лицах застывает обычно одно выражение.

Онейроид (греч. Oneiroid — подобие сна) — вид нарушения сознания.

Приступ может протекать в виде кратковременного преходящего онейроидного состояния. Как и при описанном выше приступе, больной перестает воспринимать окружающий мир, остающийся обычным в настоящем времени и реальном пространстве. В восприятии (сознании) больного нет реального сейчас, но есть нереальный мир фантастических событий (например, полеты в космос, встречи с инопланетянами). Он часто испытывает ощущение невесомости. В ретроспективном описании больного тот мир часто выглядит лишенным пространственных и временных характеристик. Выход из кратковременного приступа — это возвращение больного в обычный мир, реальные пространство и время.

2.1.2. Поражение левого полушария мозга

Психические нарушения во время эпилептического припадка при поражении левого полушария резко отличаются от описанных выше.

Галлюцинации

Возникают во время припадков реже, чем при правополушарном поражении мозга; оказываются иными по своей структуре. Наиболее часто возникают слуховые — словесные (вербальные) галлюцинации. Больные слышат вдруг голоса, окликающие их по имени или что-либо сообщающие им. Могут быть множественными: больной одновременно слышит много голосов. Как правило, не может разобрать содержания того, что «говорят» мнимые голоса. Они оказываются чаще мимолетным слуховым ощущением, сводящимся к окликам. Почти никогда не являются самостоятельным пароксизмом. Выступают в структуре сложных по психопатологической структуре приступов. Иногда проявляются на фоне снижения слуха. Могут быть аурой большого судорожного припадка.

Очень редки зрительные галлюцинации: больные видят около себя предметы, людей. Они чаще подвижны и сочетаются со слуховыми обманами. Так, в наблюдении Л.Н. Чебышевой (1977) больная эпилепсией в момент припадка слышала кваканье лягушек и видела «вокруг себя полно прыгающих лягушек».

Аффективные расстройства

Так же как и галлюцинации, встречаются реже, чем при поражении правого полушария мозга. Зависимы от внутриполушарного расположения очага. Например, при поражении лобной доли выступает снижение инициативы, аспонтанность с отсутствием эмоциональных переживаний. При поражении височной доли ведущими оказываются аффекты тревоги, растерянности, внутреннего беспокойства, смутного ожидания как бы надвигающегося несчастья. Это определяет внешнее поведение больного. Он находится в постоянных поисках покоя: меняет положение, встает, садится, вздыхает, недоуменно вглядывается в лица окружающих. Высказывает опасения, что с ним что-то может случиться.

Перечисленные симптомы сочетаются с преходящей несостоятельностью речи, вербальных мышления и памяти. Возможны приступы, в момент которых больные становятся суетливыми, двигательно беспокойными, нетерпеливыми. Иногда приговаривает, «что-то со мной должно случиться… что… не знаю». Все возможные опасения больных обращены в будущее, так же как результаты сейчас реализуемых действий. Они и во время припадка совершаются в пространстве и времени, актуальных и для окружающих больного людей. В течение всего приступа больные пребывают в состоянии двигательного беспокойства: то встают, то садятся, постукивают ногами о пол, перебирают оказавшуюся в руках вещь. На лице — выражение растерянности и недоумения. Больные неспособны объяснить словами внезапное изменение своего состояния. Быстро повторяют какую-либо случайную фразу или торопливо с тревожной напряженностью выкрикивают несколько слов. Выходя из приступа, успокаиваются. С лица сходит выражение растерянности. Некоторое время все больные обычно говорят хуже, чем до приступа. Постепенно речь восстанавливается до исходного состояния.

Речевые феномены

Представляют собой внезапно наступающие и сравнительно быстро исчезающие расстройства речи. Могут являться самостоятельным припадком: на фоне благополучной [illegible] вдруг на мгновение возникают затруднения (вплоть до невозможности) произнесения [illegible] или понимания обращенной к больным речи, подбора необходимых по ходу [illegible] слов. Из 73 больных с опухолевым поражением мозга преходящие нарушения

речи были у 32, у 26 из них верифицированы опухоли левого, у 3 — правого, у остальных 3 больных — обоих полушарий мозга (Смирнов В.Я., 1976). Речевые нарушения могут предшествовать развитию большого судорожного припадка или отмечаться после его окончания.

Характер нарушений речи определяется местом поражения левого полушария мозга. Поэтому особенности речевых феноменов важны для суждения о том, какие структуры поражены. Преходящая моторная афазия возможна при поражении лобного отдела: сохраняя способность к пониманию речи, пытаясь ответить на заданный вопрос, больные не могут произнести слова, искажают их, издают нечленораздельные протяжные звуки. Они не в состоянии произвольно прекратить «мычание», исчезающее по истечении припадка.

При поражении височного отдела может быть преходящая сенсорная афазия: больной вдруг — на момент приступа — перестает понимать обращенную к нему речь, в собственной речи появляются литеральные замены, вплоть до «словесной окрошки».

При поражении левой лобной области возможна речевая аспонтанность — снижение (иногда резко выраженное) побуждений к речевой деятельности. Сам больной по собственной инициативе ничем не интересуется, ни о чем не спрашивает. Иногда наблюдаются оговорки: одни слова заменяет другими и сам этого не замечает. Речь становится менее развернутой, односложной.

Обращенная речь может восприниматься как сплошной шум. Больные не в состоянии разобрать слова, понять их смысл. Вопросы, задаваемые больному в момент припадка или сразу по выходе из него, не осмысливаются им. Ответы представляются бессмысленными. Так, больная (удалена менингиома крыла основной кости слева) во время беседы вдруг побледнела. В ответ на вопрос врача: «Что с Вами, плохо себя чувствуете?», ответила: «Солнце давно исчезло, собираются тучи, пойдет дождь». Подобные ответы на вопросы во время приступов родные больных обычно обозначают как «спутанную», «невразумительную речь», а про больных говорят, что они «заговариваются». Больные не улавливают бессмысленности своих ответов, не замечают ошибок.

Самостоятельный интерес представляют преходящие расстройства речи во время приступа у больных, владеющих несколькими языками, из которых русский приобретен позже. Во время припадка раньше теряется и позже возвращается способность понимания русского языка.

Интересно, что речевые нарушения зависят от того, был ли больной к моменту начала припадка в состоянии речевой активности или нет. Если больной до припадка говорил, то он может продолжать говорить, но слова произносит медленно, растягивая их. Если же больной молчал и пытается что-то сказать, то нужное высказывание ему не удается.

Нарушения вербального мышления

Выражаются двумя часто возникающими состояниями. Они противоположны друг другу по своему характеру. 1. *Провалы мыслей* — ощущение пустоты в голове. Больные говорят: «будто прекратилось образование мыслей». Иногда называют это состояние «перерывом мыслей», «рассеиванием мыслей». Могут быть иные описания: «не могу собраться с мыслями… мыслей нет или они неуловимы», «думать как будто нечем». В момент приступа больные абсолютно несостоятельны и в осмыслении происходящего вокруг них. Выглядят тревожными и растерянными, на лице — выражение недоумения. 2. *Насильственные мысли*, «наплывы мыслей», «бег мыслей», «вихрь мыслей» и др. Главным здесь является ощущение внезапного появления в сознании мыслей, не связанных по содержанию с текущей мыслительной деятельностью. Иногда стремительно — «как молния» появляется множество мыслей, «мешающих друг другу… от этих мыслей

пухнет голова… ни одна мысль не завершается, не имеет значимого содержания». Переживаются эти мысли с оттенком тягостности, насильственности, непроизвольности — невозможности освободиться от них до тех пор, пока не закончится приступ.

Насильственные мысли потрясают больных сильнее, чем провалы мыслей. Они поэтому могут и не говорить о последних, привлекая особое внимание врача к первым.

Нарушения вербальной памяти

В 1868 году Джексон описал больного, припадки которого начинались с ауры в виде интенсивного припоминания. В 1900 году В.М. Бехтерев сообщил о больном, у которого случались припадки, заключавшиеся в преходящей невозможности вспомнить прошлые события.

Приведенные ниже два варианта могут рассматриваться как основные нарушения словесной памяти, составляющие содержание приступов:

1. *Насильственные воспоминания* — мучительно тягостное ощущение необходимости что-то вспомнить, но при этом недостижимо осознание того, что именно нужно вспомнить. Такая недоступность осознания предмета воспоминания сочетается с тревожным ощущением, опасениями того, что с больным что-то должно случиться.
2. *Провалы воспоминаний* — беспомощность, несостоятельность вспомнить нужные слова, имена близких, даже свой возраст или место работы. Сопровождается растерянностью, тревогой.

Абсанс

Термин происходит из французского слова absence (отсутствие). Обозначает кратковременное — на несколько секунд или долей секунды — выключение сознания. Поза, в которой застал больного приступ, сохраняется. Если перед этим он с кем-то беседовал, то замолкает на полуслове на доли секунды. Исчезают все внешние признаки внимания. Лицо становится «каменным». Глаза, по словам наблюдателей, делаются «пустыми», «бессмысленными», «неправдоподобными», а взгляд — устремленным в одну точку, лишенным привычной осмысленности, «отсутствующим», «неподвижным», «безжизненным». Если совершал какое-либо движение, например, ел, застывает с ложкой в руке, потянувшейся ко рту и повисшей в воздухе. Длится мгновение. Во время приступа отмечается выключение больного из сознательной психической деятельности. Больные, как правило, не падают; сохраняется мышечный тонус. Собеседник может принять вынужденную паузу в общении с больным за естественную. По окончании приступа он способен продолжать прерванное занятие. Больной не помнит о только что случившемся состоянии: на приступ абсанса, как правило, наступает полная амнезия (Гуськов В.С., 1965). Приступы долгое время не замечаются ни самим больным, ни окружающими его людьми, даже близкими. Они становятся очевидными по мере их усложнения за счет добавления преходящих речевых и других нарушений.

По данным А.И. Болдырева (1972, 1984), абсанс является первым пароксизмом у 4,7% больных, заболевших эпилепсией в возрасте до 16–17 лет.

Психомоторные припадки

Обычно длятся минуты, часы, редко несколько дней. Впадая в приступ, больной продолжает оставаться активным, совершает разнообразные действия, иногда — сложную и последовательную психомоторную деятельность, сочетающуюся с нарушением сознания. От сумеречных состояний сознания эти припадки отличаются как бы меньшей 1) мнимой целесообразностью и 2) последовательностью действий. Например, больные вдруг бросаются бежать куда-то, начинают сдвигать с места очень тяжелые

предметы и т.д. Такие поступки и действия больного могут сопровождаться выкриками, как правило, лишенными смысла. Поведение больного становится упорядоченным лишь после выхода из приступа, на который всегда наступает полная амнезия.

Так, первым проявлением болезни у 42-летнего больного (менингиома левой заднелобной области) был припадок, о котором больной не знает (не помнит). Со слов жены, припадок случился в дороге. Больной шел рядом с телегой, на которой сидели жена, двое детей, и «погонял» лошадь. Вдруг его резко «подбросило... руки взлетели вверх». С поднятыми руками побежал вперед по дороге. Жена спрыгнула с телеги и побежала за ним. Звала мужа, но он не откликался. Догнав его, она увидела «странное лицо» мужа: он «неподвижными глазами уставился» на нее. На вопросы жены не реагировал. Как будто что-то пытался сказать, но не смог произнести ни слова. Опустилась левая, затем правая рука. Больной «пришел в себя, мог уже произносить звуки, но слова искажал, говорил очень медленно». Он никак не реагировал на то, что вся семья растеряна и дети смотрят на него с испугом. Ничего о случившемся не помнил. Когда жена рассказала ему о происшедшем, выразил удивление, сам ничего из своего поведения, действий не мог воспроизвести.

Сумеречное состояние сознания

Представляет собой внезапно наступающее и вдруг обрывающееся состояние нарушенного сознания, для которого характерны: 1) реализация сложной последовательной психомоторной деятельности, заканчивающейся социально значимым результатом; 2) полная амнезия на приступ. Условно можно различать два варианта таких приступов: 1) будучи в сумеречном состоянии сознания, больные продолжают реализацию той программы действий, которая была в их сознании до его наступления; 2) впадая в сумеречное состояние сознания, больные совершают действия и поступки, никогда не входившие в их намерениях, чуждые их личностным установкам; эти действия обычно определяются психопатологическими переживаниями — галлюцинаторными, бредовыми, возникающими одновременно с грубым измененнием сознания. Первый вариант совпадает с состоянием, известным как *амбулаторный автоматизм*. При втором варианте возможны злоба, раздражение, гнев, выраженная агрессивность. Совершенные больным в момент сумеречного состояния сознания действия по выходе из приступа представляются как не им совершенные и потрясающие его самого агрессивностью и противоестественностью. В руководствах по психиатрии приводится наблюдение: больная в сумеречном состоянии сознания убила своего ребенка, разрезала живот, вытащила кишки и развесила их, как белье, на веревке; выйдя из приступа, с ужасом увидела содеянное и была не в состоянии представить, что сделала это она.

2.1.3. Различия пароксизмальных нарушений при поражении правого и левого полушарий

Можно отметить по крайней мере семь различий психопатологической картины приступов у больных с поражением правого и левого полушарий мозга.

В чем же заключаются эти различия?

1. Больной с поражением правого полушария сам рассказывает о своих ощущениях и переживаниях после выхода из приступа. В момент приступа поведение и внешний облик больного малоинформативны: он вял, малоподвижен или даже обездвижен. Например, больной, находящийся в преходящем онейроидном состоянии, неподвижен, на лице его застывает одно выражение. Но после приступа он говорит, будто в момент пароксизма «летал, парил», «восторгался», «участвовал» в фантастических событиях. Выступает «пассивно-созерцательное состояние»(Абрамович Г.Б., 1959). Врач для описания припадка использует ретроспективное (после возвращения

из измененного в ясное сознание) описание больным пережитых им во время приступа ощущений, то есть характеристика пароксизма получается субъективной.

Больной с поражением левого полушария по выходе из приступа, как правило, ничего не помнит. Он не может рассказать врачу о переживаниях, поступках, совершенных им в момент приступа — абсанса, сумеречного состояния сознания. Врач может получить сведения о больном от наблюдателя, оказавшегося рядом с ним в этот момент. В этом случае характеристика припадка получается объективной.

Таким образом, характеристика приступа у больного с поражением правого полушария может быть преимущественно субъективной, а у больного с поражением левого полушария — объективной.

2. Несходны и клинические характеристики состояния больных в момент приступа. При поражении правого полушария наблюдаются преходящие нарушения восприятия окружающего мира и самого себя; при поражении левого — расстройства речи и основанных на ней психических процессов (вербальных мышления, памяти), двигательного поведения. Обе характеристики (субъективная в первом случае и объективная во втором) получаются как бы половинчатыми. Из характеристики больного с поражением левого полушария выпадает психосенсорная сфера (он не помнит, что видел, слышал, чувствовал, переживал в момент приступа). А сторонний наблюдатель описывает только как выглядел больной, его двигательное поведение, выражение лица, качество и содержание высказываний, результат действий, совершенных в пароксизмальном состоянии. Нарушаются, как видно, разные «образующие» сознания: а) чувственная его основа и б) речь, двигательное поведение (Леонтьев А.Н., 1972).

Таким образом, характеризуются нарушения преимущественно психосенсорной и психомоторной сферы целостной психической деятельности.

Представляется возможным сравнение состояний (поведения) больных с поражением правого и левого полушарий по их реализации во времени, исходя из ранее сформулированного предположения, что все люди существуют и действуют в двойном настоящем времени: 1) общем для всех — мировом и 2) индивидуальном для каждого человека (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1975, 1977, 1978, 1994).

Больной с поражением правого полушария в момент приступа «вспышки пережитого» как бы полностью возвращается в свое прошлое время, иногда очень далекое. [illegible]ентифицирует себя не с 35-летним мужчиной, каков он есть в действительности, [illegible]-летним мальчиком. В это «собственное время» — 28 лет тому назад мог снова [illegible]йти» только он. Только в его сознании возможно переживание происходивших [illegible] времени событий. Поэтому это время можно считать индивидуальным. Вме[illegible] с «вхождением» больного в тот далекий отрезок его индивидуального времени [illegible] из его сознания: 1) его же индивидуальное время, длившееся 28 лет, пережи[illegible] после внезапно оживившегося отрезка времени; 2) настоящее время, в котором [illegible]ой должен был бы воспринимать и переживать себя 35-летним мужчиной; [illegible]щее время. «Исчезновению» двух последних «времен» соответствует обычно [illegible] больных сенсомоторная диссоциация (в сознании больной представляется [illegible]гательно активным, в то время как во внешнем поведении отсутствуют ка[illegible] проявления психомоторной активности).

[illegible]ставленности в сознании больного с поражением левого полушария настоя[illegible] будущего времени можно судить косвенно: в частности, по реализации им [illegible] психомоторной деятельности, целью которой было, скажем, возвращение [illegible] Эта деятельность больного начинается в настоящем времени, а закончится

только в будущем (по отношению к тому настоящему времени, когда, впадая в приступ, больной начинает и продолжает путь) возвращением домой.

Таким образом, можно предположить наличие в сознании первого больного только настоящего и прошлого, а в сознании второго — настоящего и будущего времен.

Приступы с изменением хода времени заставляют задуматься над: а) возможностью наличия двойного настоящего времени — мирового и индивидуального; б) вероятным несовпадением их хода (скорости течения). Будто время (настоящее) больного по скорости течения не совпадает с мировым (настоящим) временем. В случае *ускоренного хода времени* последнее по ощущениям больных течет быстрее, чем во всем его прошлом опыте восприятия течения времени. В связи с этим возникают очень сложные вопросы, мало обсуждающиеся или вовсе не разбирающиеся в медицинской литературе. Один из них: могли ли быть в болезни описываемые феномены измененного (в частности, ускоренного, замедленного) течения времени, если для всего физического мира и психической жизни, сознания человека — данного пациента (да и всех людей) существует только одно время? Измененным может быть, наверное, течение одного времени относительно другого. Скорее изменяется индивидуальное время, через которое или посредством которого каждый человек воспринимает всеобщее мировое настоящее время.

Эти вопросы трудны для разбора клиницистом, но весьма важны. Вероятно, нигде, кроме как в нейропсихиатрии, они не возникают. Касаются они сложнейшей проблемы — временной организации сознания, в данном случае — психических процессов правшей, зависимых от правого и левого полушарий мозга. Психосенсорная (правополушарная) сфера реализуется, видимо, в двойном настоящем времени — индивидуальном для данного человека и мировом, но с опорой на его индивидуальное прошлое время. Психомоторная сфера правши осуществляется скорее в мировом настоящем времени, но продуктивной, результативной может, наверное, быть только при соответствии (согласовании) двух настоящих времен (индивидуального и мирового) и, что представляется особо важным, будущего времени, ибо любое движение, словесно выражаемая мысль, начинаясь сейчас — в настоящем времени — может закончиться только в будущем времени.

4. Допустимой (даже необходимой) представляется попытка сравнить резко измененную (как бы ополовиненную) психическую деятельность больных с поражением правого и левого полушарий по тому, как она реализуется в пространстве.

   И тот и другой больной остается в едином для всех мировом — реальном сейчас пространстве. Оно постоянно. Нарушается скорее пространство, индивидуальное для больного. Индивидуальным пространством каждого человека, возможно, опосредованы восприятие мирового пространства, а также пространственная организация поведения и психических процессов человека (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1980, 1986, 1993). Более сложной она может быть у психических процессов, зависимых от правого полушария.

   У больного с поражением правого полушария в момент «вспышки пережитого» точно воспроизводятся пространственные характеристики прошлой ситуации. Так, мальчик, ставший уже 35-летним мужчиной (в соответствии с его послеприступным описанием) сидит, как действительно было в 7-летнем возрасте, в кабине грузовой машины справа от отца-водителя, вновь видит, как к нему слева направо поворачивается голова улыбающегося отца; впереди — заходит солнце. 35-летний больной во вдруг наступившем состоянии измененного сознания вновь как бы оказывается в том «своем» пространстве, которое было (наряду со всегда существующим пространством мира), когда ему исполнилось 7 лет. Это пространство и бывшее

тогда время остались в его сознании. Они есть только в его сознании. Иначе говоря, лишь этот больной мог вновь оказаться в том пространстве-времени. Поэтому такое пространство и время мы обозначаем как индивидуальные. Они (со всеми происходившими в них событиями, вернее, с их образами) непроизвольно оживились в момент приступа. Вместе с отрезком индивидуального прошлого времени оживилось и пространство, бывшее тогда актуальным. Пока больной находится в приступе, он игнорирует реальное сейчас — в настоящем времени — мировое пространство.

Таким образом, правомерным является предположение, что человек живет и действует в двух пространствах: мировом и индивидуальном. На фоне всегда наличного мирового пространства в момент приступа индивидуальное пространство искажается у первого и сохраняется у второго больного.

5. Больной с поражением правого полушария отрешен от реального внешнего мира, а больной с поражением левого обращен к нему своими действиями. Отрешенность первого больного сочетается с переживанием отсутствующего сейчас и здесь, но наличного лишь в его сознании прошлого опыта чувственного познания, тем большего, чем выше возраст больного. Обращенность действий второго больного к внешнему миру, по-видимому, сочетается с каким-то дефектом формирования чувственных образов. Это можно предположить по тому, что больные не способны воспроизвести виденное, слышанное ими в момент приступа, как бы ни формировались образы видимого и слышимого.
6. Выход из приступа может быть представлен как восстановление полного объема сознания за счет нормализации психомоторной сферы у больных с поражением левого и психосенсорной — у больных с поражением правого полушария, а также как появление или возобновление всех пространств и времен в сознании больных.
7. Амнезия на приступ, как правило, отсутствует у первого и формируется у второго больного.
8. У больных с поражением правого и левого полушарий различны также галлюцинации и преходящие эмоциональные нарушения. У первых особо значимы обонятельные, вкусовые, зрительные, слуховые (музыкальные, ритмические) галлюцинации и аффекты тоски, ужаса; у вторых — вербальные (словесные) галлюцинации и аффекты тревоги, растерянности.

[illegible]торяемость структуры нарушений сознания при поражении полушарий мозга [illegible] предопределяется правшеством больных. Приведенные выше данные иллюст[illegible] то, что можно обозначить как асимметрию сознания (психики) правшей.

[illegible]кает мысль о возможности двух описаний. Первое — традиционное феноме[illegible]ское, выражающееся в перечислении явлений психики (в клинических иссле[illegible] — нарушенных); второе может быть пространственно-временным (с обозна[illegible] пространств и времен, включенных в организацию психических явлений). [illegible] описание в специальной медицинской (психиатрической) литературе отсутст[illegible] трудноосуществимо. Но между тем именно подобное описание может вывес[illegible]дение новых, скорее, философских вопросов, трудных и непривычных для [illegible] частности о противоположности пространственно-временной организации [illegible]рной и психомоторной сфер сознания.

[illegible]ставлении право- и левополушарных нарушений сознания правшей выявля[illegible]тивоположность: 1) по клинической картине (феноменологии) и 2) по про[illegible]о-временной дезорганизации, особо очевидной при их сравнении по 3-му [illegible]ням. Так, отрешенность от реального мира отмечается у больных, в сознании [illegible] только прошлые пространство и время, но нет настоящего и будущего

времен, реального сейчас пространства. Такая линия сравнительного анализа непривычна. Изложенные выше предположения требуют дальнейших подтверждений. Однако в литературе имеются отдельные указания на подобные различия. Например, это касается эмоциональной патологии, регуляции настроения, личности и когнитивного статуса больных (Grafman J. et al, 1986): при правополушарном поражении больные были больше подвержены тревоге, депрессии, а при левополушарном — гневливости и враждебности.

Чувственный образ восприятия реализуется симультанно, то есть одновременно с отображаемым в нем событием. Представляется законченным явлением психической жизни. Несет в себе пространственные и временные метки. Они обозначают пространство и время, в которых происходило отраженное в каждом образе событие, и те индивидуальные только для данного человека пространство и время, которые были реальными (настоящими) в момент совершения того события во внешнем мире. Полноценное формирование чувственных образов, событий возможно лишь при достаточной актуальности индивидуальных настоящих пространства и времени и их непрерывном становлении (в сознании каждого конкретного человека) индивидуальными прошлыми пространством и временем, что возможно, по-видимому, лишь при нормальном функционировании правого полушария в парной работе с левым полушарием мозга.

Чувственные образы, полностью формируясь в настоящем времени, становятся содержанием прошлого времени у конкретного человека. Может быть, вернее будет сказать, что вектор осуществления психосенсорной деятельности происходит в направлении времени от настоящего к прошлому.

Элементы психомоторной деятельности (словесно высказываемая мысль, произвольное движение), зависимые у правшей от левого полушария, осуществляются сукцессивно — последовательно. В настоящем времени лишь начинаются. Завершиться же могут только в будущем времени. Это означает: мысль и движение находятся в развивающемся состоянии. Они совершеннее на каждом последующем этапе развития — реализации. Так, движение на каждом последующем этапе ближе к будущему завершению.

Можно сказать, что психосенсорная и психомоторная сферы целостной психики осуществляются: 1) в разных настоящих временах (индивидуальном и мировом); 2) в противоположных направлениях времени (от настоящего к прошлому и от настоящего к будущему); 3) симультанно — одновременно и сукцессивно — последовательно. Вырисовывается противоположность пространственно-временной организации сознания, двух ее половин. Она, видимо, и выражает собой асимметрию психики (сознания).

Асимметрия психики проявляется в виде противоположности пространственно-временной организации психосенсорной и психомоторной сфер. Психическая асимметрия различна в разных возрастных периодах. Ее становление происходит, видимо, в детские годы. Максимум асимметрии (противоположности) психосенсорной и психомоторной сфер у правши приходится скорее на зрелый возраст; в пожилом и старческом возрасте — уменьшается. Да и у здорового человека в зрелом возрасте психическая асимметрия весьма изменчива. Может быть меньшей в состоянии покоя, отдыха. Усиливается у человека в особой ситуации, требующей мгновенного решения и быстрых точных действий.

2.2. Непароксизмальные психические нарушения

Перманентные — непароксизмально проявляющиеся — психические нарушения правшей также различны при поражении разных гемисфер мозга. Межполушарные различия обусловлены различными функциями полушарий в общем деле обеспечения целостной психической деятельности.

Представления о функциях полушарий в обеспечении психической деятельности и соответственно видах ее нарушений при поражении правого или левого полушария складывались долго. Нарушение речи отмечено впервые французским сельским врачом Марком Даксом в 1836 году. Более чем у 40 наблюдавшихся им больных с афазией, он отметил повреждение левой половины мозга.

Сохранность способности к музыке при афазии натолкнула много лет спустя В.М. Бехтерева (1907) на мысль о наличии «словесного» и «музыкального» центров. Он считал, что музыкальная одаренность, по всей видимости, предполагает особенное развитие слуховой области мозга; одаренность живописца — зрительной области; ораторская одаренность — речевого центра Брока.

Каждое полушарие вносит свой особый вклад в обеспечение целостной психической деятельности. Соответственно при поражении правого и левого полушарий у правшей нарушения качественно отличаются.

2.2.1. Поражение правого полушария

Расстройства сна и сновидений

В начатых в Институте нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко в 60–70-е годы сравни-[illegible]ьных исследованиях психопатологической картины поражения правого и левого [illegible]шарий мозга обратила на себя внимание разная частота нарушений сна и сновиде-[illegible] у больных с патологией правой (чаще) и левой (реже) гемисфер мозга. Подобные [illegible]людения описаны и в литературе.

По В.Н. Касаткину (1972), сновидения отмечаются у 72,8% больных с опухолями [illegible]ечка, 62,5% — гипофиза, 60% — ствола мозга. При правополушарном поражении [illegible]наблюдаются у 53% больных, при левостороннем — у 32%. Последнее различие ав-[illegible]объясняет тем, что «при левосторонней локализации процесса часто происходит [illegible]ение центра речи, письма, что затрудняет получение сведений о сновидениях». [illegible]жны, наверное, и иные оценки. Сравнительные исследования (при поражении [illegible]го и левого полушарий) показали неравные изменения не только частоты, но [illegible]тва сновидений.

[illegible]тие больные с левосторонним поражением мозга без речевых нарушений обра-[illegible]внимание врача на то, что у них «исчезли сны». Больные же с правополушарным [illegible]ем чаще жалуются не только и не столько на учащение сновидений, сколько [illegible]ение их характера: появление цветных сновидений, особую актуальность их [illegible] трудность различения реальных событий и пережитых в сновидении. Цвета [illegible] больных характеризуются как неестественно яркие. Иногда представлены [illegible] несколько цветов при отсутствии других.

[illegible]торых больных с поражением правого полушария могут повторяться сновиде-[illegible] и того же содержания. Была в частности описана больная, у которой каждый [illegible]тро повторялось одно и то же сновидение: она с бабушкой находится в лесу на [illegible]ий летний день, рядом — рубленая изба, недалеко — колодец; она подходит [illegible]глядывает в него, чувствует «ужасно неприятный запах» и просыпается с рез-[illegible]лением, в страхе. Это сновидение повторялось в течение нескольких месяцев, [illegible]то (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977). Сновидения могут представлять со-[illegible]вторение (проигрывание) событий прошедшего дня, иногда соблюдается их [illegible]следовательность. Если больной просыпается ночью, то часто после засыпа-[illegible]е продолжается с того момента, на котором прервалось.

Конфабуляторный синдром

Описан при правополушарном сосудистом поражении мозга (Канарейкин К.Ф., Бабенкова С.В., 1968; Бабенкова С.В., 1971). Выделены специфические правополушарные конфабуляции: обездвиженные или резко ограниченные (из-за левосторонней гемиплегии) в двигательной активности больные в своих самоописаниях выглядят двигательно активными. Говорят, что они «ходили», «приносили», «убирали постель» и т.д. Формированию конфабуляций здесь сопутствуют и другие расстройства. Например, нередкий симптом отчуждения левой руки или ноги. Одна больная говорила, что она «руку оставила дома и только что ездила за ней». Такие конфабуляции тем выраженнее, чем более грубы левосторонние двигательные и чувствительные расстройства.

Конфабуляторный синдром отличается от бредового, хотя в литературе конфабуляторные высказывания иногда оцениваются как «бредовая трактовка» (Бабенкова С.В., 1971), «бред» (Лебединский М.С., 1948, 1964). Конфабуляции качественно отличаются от бредовых высказываний. Последние представляют собой ошибки суждения, искаженную интерпретацию происходящего при активности и заинтересованности (даже убежденности) больных. Конфабулирующий же больной пассивен и нецеленаправлен в поведении и своей речи. Плохо ориентирован во времени и месте. Всегда остается малоинициативным, беспечным, благодушным или даже эйфоричным. Конфабуляции сочетаются с недооценкой, незнанием или даже отрицанием дефектов.

Конфабуляторный синдром отличается от излагаемого далее корсаковского симптомокомплекса необязательностью предшествующего нарушения (иногда утраты) сознания, а также отсутствием некоторых составляющих.

Корсаковский синдром

Корсаковский синдром описан С.С. Корсаковым в 1887 году при алкогольном параличе. В последующем был отмечен при различных заболеваниях, в частности, при черепно-мозговой травме. Корсаковский синдром развивается после угнетения–выключения сознания и является переходным от нарушенного сознания к ясному.

Корсаковский синдром включает: 1) фиксационную амнезию (незапоминание текущих событий); 2) ретроградную амнезию (исчезновение воспоминаний о событиях, случившихся до острого заболевания), а также конградную (на период нарушенного сознания) и антероградную (на период после восстановления нарушенного сознания) амнезии; 3) конфабуляции (ложные воспоминания), характерные тем, что их содержание часто составляют бывшие в жизни больного события, но перенесенные им на другое время (например, бывшее год назад событие больной может считать случившимся несколько дней тому назад, вчера); 4) грубую дезориентировку больного во времени, месте пребывания, окружающей (больничной) и даже личной ситуации; 5) эмоционально-личностные изменения в виде благодушия, эйфории, анозогнозии; 6) нарушения восприятия времени и пространства (больной не может определить длительность только что случившегося события, например, беседы с врачом, сообщить о времени дня, а также путает помещения в клиническом отделении, не находит своей палаты, в ней — своего места). Часто сочетается с трудностями различения знакомых и незнакомых по прошлому опыту лиц. В окружающих больной «узнает» своих знакомых и, произнося их имена, обращается к пациентам, обслуживающему персоналу.

Псевдологический синдром

Выражается в склонности больных упоминать или даже подробно описывать как случившиеся с ними события, в действительности не имевшие места. Из таких псевдологических высказываний больные, как правило, не извлекают выгоды. В обыденном

поведении они благодушны, эйфоричны, многоречивы, быстро вступают в контакт с окружающими людьми. Больные с псевдологическим синдромом искажают свое значение для окружающего мира. Отличаются от фантастов, искажающих значение окружающего мира для себя.

В современной клинике этот синдром крайне редок. Описан в годы войны 1941–1945 гг. у больных с закрытой черепно-мозговой травмой с поражением правого полушария А.Л. Лещинским (1949), рассматривавшим его как одну из форм истероидной психопатии. Характерны: преувеличение роли общественного положения самих больных и их родных, приписывание себе лучших качеств, образования, незаслуженных воинских званий и наград, благодушный фон настроения, многоречивость.

Левосторонняя пространственная агнозия

Другое часто употребляемое название этого синдрома — левосторонее пространственное игнорирование. Наблюдается при поражении задних отделов правого полушария, а также при поражении задних отделов мозолистого тела. Может проявляться в развернутой и редуцированной форме. При полушарном поражении синдром часто сопровождается левосторонними гемиплегией (парезом), гемианестезией (гипостезией), гемианопсией, гемиакузией, но не сводится к сумме перечисленных нарушений. В развернутой форме игнорирование левой стороны проявляется во всех модальностях психосенсорной и психомоторной деятельности. Характерны анозогнозия, благодушие — эйфория, неосознавание собственной беспомощности.

Для зрительного восприятия характерно невнимание ко всему тому, что находится в левой (по отношению к больному) части пространства, ошибочное смещение зрительного стимула (находящийся слева от больного предмет воспринимается как расположенный справа от него); неспособность определить последовательность событий во времени. При восприятии картины устойчиво стремление больных перечислять детали, начиная справа и постепенно продвигаясь к левой ее стороне, часто вовсе игнорируемой пациентом. Нарушено зрительное представление: из описания по памяти хорошо знакомых мест, например, мебели в комнате, выпадают предметы, находящиеся слева от воображаемой точки обозрения. Это расстройство В.И. Корчажинская и Л.Т. Попова (1977) считают проявлением «зрительно-пространственной агнозии», которая, по их мнению, складывается из четырех симптомов: 1) игнорирование левой половины зрительного пространства; 2) конструктивная апраксия; 3) апраксия одевания; 4) расстройство топографической памяти. Описаны зрительные персеверации — многократное повторение однажды увиденной ситуации. Возможны зрительные галлюцинации в выпавшей части поля зрения при левосторонней гемианопсии. Часты глазодвигательные нарушения: 1) душевный паралич взора — не воспринимаются предметы, расположенные рядом с центром внимания; 2) оптическая атаксия — неспособность показать или взять предмет под контролем зрения; 3) пространственное расстройство внимания. Нарушены прослеживающие движения взора влево, его фиксация на объектах, расположенных с левой стороны, целенаправленное перемещение взора.

В слуховом восприятии выступают игнорирование больными звуков, исходящих из левого (по отношению к ним) пространства. Больной слышит и отвечает врачу, если тот находится справа от его кровати, игнорирует вопросы врача, оказавшегося слева от него. Звуки, исходящие из левого пространства, воспринимаются пациентами как раздающиеся справа — слуховая аллестезия. Н.М. Кроль (1946) описал это явление как «акустическая аллестезия и акустическая дезориентировка с извращением слухового восприятия на 180° — синдром поражения правой височной доли». Я.А. Альтман и С.В. Вайтулевич (1982) при изучении больных после правосторонних электросудорожных

припадков установили у них нарушение способности локализовать звук в пространстве (в ответ на хлопок, раздающийся справа от больного, он сразу поворачивает голову в эту сторону, а при хлопке слева начинает искать источник звука в правом верхнем квадранте пространства). Часто больные не различают голоса близких. Различение более доступно, если говорящий находится справа от больного. Пациенты неспособны: а) различать эмоциональную окраску речи, зачастую даже близких людей; б) осуществлять и дифференцировать интонации собственной речи.

А.С. Шмарьян отмечал нарушение синтезированного слухового восприятия: утерю способности выделять нужное из ненужного — все воспринимается как хаос звуков без дифференцировки главного и второстепенного. Это особенно относится к звукам, раздающимся слева от больного.

Сенсорное невнимание (*sensory inattention*) проявляется и в тактильном восприятии. Игнорируются наносимые на левую сторону тела больного тактильные, болевые, температурные стимулы. При одновременном нанесении уколов на обе стороны тела больными не ощущаются уколы, наносимые на левую сторону. Л.Г. Членов (1934) отметил исчезновение фантомных болевых ощущений, возникших ранее после ампутации левого бедра в верхней трети. Описана тактильная аллестезия: раздражение левой конечности воспринимается как воздействие на симметричные участки правой конечности.

Нарушается восприятие собственного тела: не ощущается, игнорируется левая его сторона (гемисоматоагнозия). Иногда она в восприятии больного отчуждается — как бы принадлежит не ему. Это выявляется в ходе исследований кожной, мышечно-суставной и других сложных видов чувствительности. Игнорируются левосторонние гемиплегия (или парез), гемианестезия. При осмотре больные ведут себя так, будто они здоровы и у них нормально функционируют руки и ноги. При просьбе поднять левую ногу поднимают правую, но этого не осознают, как и неподвижности левых конечностей. Отчуждение левой половины тела может обнаруживаться и в высказываниях больных. Так, на вопрос, где у больной левая рука, она отвечала: «в сумке… мама положила ее в сумку… она мне надоела… пусть там полежит недельку, две». О левой руке больные часто говорят в третьем лице: «Она хулиганит... не подчиняется мне… бьет меня». Подобные высказывания возможны и относительно левой ноги, но реже: «Левую ногу одолжил медсестре… Она на ней ходит». Игнорирование левой руки и ноги иногда сочетается с ложным ощущением дополнительных конечностей — псевдополимелией — чаще рук и реже ног. Среди многих ложных конечностей больные неспособны различить собственную. Возможны ложные ощущения движения в пораженных конечностях.

В литературе часто упоминаются нарушения восприятия пространства и времени, перспектив, формы, величины и взаимного расположения предметов. Подчеркивается частота и выраженность анозогнозии: незнание болезни, построение поведения без учета грубых двигательных нарушений. Невропатологи различают три формы, или степени, выраженности анозогнозии: 1) отрицание болезни с конфабуляторным синдромом; 2) незнание болезни; 3) недооценка тяжести состояния. По Л.Г. Членову, анозогнозия касается «исключительно левосторонних гемиплегиков… разгадка в том, что больные утратили знание и ощущение одной половины тела, они страдают не только анозогнозией, но и гемиаутоагнозией». Нарушается право-левая ориентировка. Часто наблюдается аспонтанность. Если больного не активизировать расспросами, он оставляет незаконченной начатую фразу. С.В. Бабенкова отмечает, что больные не пользуются левыми конечностями, хотя некоторые движения доступны. Неспособны самостоятельно одеться. Одевают только правую половину тела, обувают правую ногу и ходят со свисающим левым рукавом, босой левой ногой. Этот синдром может сочетаться с корсаковским. Речь больных эмоционально и интонационно невыразительна. Нарушена логическая направленность речи, что иногда выглядит как резонерство. Лицо больного обычно разглажено, плохо очерчены признаки

внимания. Взгляд отведен вправо. При просьбе посмотреть влево больные медленно отводят глазные яблоки влево, но они удерживаются в таком положении очень короткое время и возвращаются в прежнее положение. Больные напоминают слепых при нормальной остроте зрения: из-за нарушения зрительного внимания неспособны видеть одновременно два или больше объектов, расположенных на некотором расстоянии друг от друга, что описывается как симультанная агнозия (Меерсон Я.А., 1982).

В двигательном поведении характерны две особенности: 1) непользование левыми конечностями, если даже парез в них незначителен; 2) общая двигательная аспонтанность (больные могут часами лежать или сидеть, отсутствует инициатива к произвольной двигательной активности).

Больные плохо ориентируются в пространстве и времени. Не узнают знакомых мест, домашней обстановки, служебного кабинета. В определении длительности событий часто наблюдается переоценка.

При чтении игнорируется левая часть текста, при этом не замечается бессмыслица прочитанного. Иногда больные дополняют читаемое вымыслами. Писать начинают в правой части листа, часто с его середины. Не замечают при этом (игнорируют) слова уже написанные на левой половине, могут повторять в письме многократно одну или несколько букв. Так, слово «товарищ» больная пишет как «товарарарарарарищщ». (Доброхотова Т.А. и др., 1996).

Нарушены ориентировка в правом-левом, способность выполнить простейшую инструкцию по конструированию фигуры, особенно левой ее части.

Эмоционально-личностные изменения

Несходны при поражении различных отделов правого полушария. Выражаются в тенденции к преобладанию благодушного или эйфорического настроения, неосознанию и отрицанию своего болезненного состояния. Возможна расторможенность. Все эти расстройства особо выражены при поражении правой лобной доли.

Тоскливая депрессия

Включает тоску, двигательную и идеаторную заторможенность. Эта триада симптомов возникает обычно при поражении височного отдела правого полушария. Может сочетаться с описанными выше приступами резко выраженной тоски, пароксизмальными обонятельными, вкусовыми галлюцинациями, висцеровегетативными нарушениями. Больные ориентированы, упорядочены в поведении. Имеют четкое представление о характере своей болезни. Тяжело ее переживают. Выглядят озабоченными, удрученными. Всегда грустны. Говорят тихо, быстро утомляются и делают вынужденные паузы в разговоре. Большей частью малоподвижны, неразговорчивы, но могут заметно оживиться при беседе с врачом. Толково излагают жалобы. Часто сами говорят о снижении памяти, но при этом правильно воспроизводят даты, события, а также необходимые детали в экспериментально-психологических исследованиях. Их самооценка снижена. В ней преувеличено значение признаков болезни.

Гипоманиакальное состояние

Гипомания (греч. гипо + mania — безумие, страсть, влечение). Признаки: нерезко повышенное настроение, умеренное ускорение ассоциативных процессов, стремление к деятельности. Возможно, но редко при поражении задних отделов правого полушария, ствола мозга, образований III желудочка. В данном случае гипомания обычно кратковременна, представляет одну из быстро-сменяющихся стадий.

Эйфория

Эйфория (греч. эй + phero — нести, переносить) — повышенное беззаботное настроение, благодушие, сочетающееся с беспечностью, недостаточно критическим отношением к своему состоянию. От маниакальных, гипоманиакальных состояний отличается отсутствием интеллектуальной живости, стремления к деятельности и замедлением мыслительной деятельности. Признаки: эмоциональная приподнятость, поверхностность аффективных проявлений.

При очаговой патологии мозга вообще наблюдается значительно чаще, чем гипомания. Особенно часто отмечается при поражении правой лобной доли (Белый Б.И., 1975, 1987), базальных отделов обеих лобных долей (Абашев-Константиновский А.Л., 1949, 1973), с давних пор рассматривавшихся как «центр» воли (Flechsig P., 1908) и высших уровней эмоций и личности. L. Welt (1887) впервые описала эйфорию при абсцессах, опухолях, кровоизлияниях и размягчениях орбитальной поверхности лобных долей. Обычно сочетается с анозогнозией.

2.2.2. Поражение левого полушария

Расстройства сна и сновидений

Нарушения сна встречаются достаточно часто и отличаются от таковых при поражении правого полушария мозга. Для отмечаемых больными изменений характрены две взаимосвязанные особенности: 1) урежение или даже исчезновение сновидений; 2) изменение субъективного ощущения сна, определяемого больными как «особое состояние их мыслительных процессов». По характеристике больных, они «не спят, а просто перестают думать». Будто сон сводится к «недуманию», утере ощущения возникновения, развития и смены одних мыслей другими. Наблюдавшийся авторами 53-летний больной (менингиома крыльев основной кости слева) отметил следующую последовательность появления симптомов: «скачка мыслей», иногда «провал мыслей», снижение общей трудоспособности с «тугоподвижностью» мыслей, нарастающее безразличие и измененное ощущение сна. Говорил: «Вроде я задремал… сплю… но удивительно то, что мне кажется: я не сплю, а ухожу куда-то… или точнее сказать… как будто проваливается воздействие мыслей на мое состояние… мысли как будто исчезают». У этого пациента были затруднения в чтении, письме, праксисе (в правой руке), невозможность решения арифметических задач (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977).

Дисмнестический синдром

Дисмнезия (греч. дис + mnesis — память) — нарушение памяти, отличающееся от гипомнезии некоторой диспропорциональностью в степени выраженности отдельных проявлений, или колебаниями в глубине мнестических расстройств в небольшом промежутке времени (Блейхер В.М., Крук И.В., 1995).

Особенно сильно страдают мнестические процессы, имеющие речевую основу. Наиболее грубы нарушения вербальной памяти при поражении височного, височно-теменно-затылочного отделов левого полушария. А.Р. Лурия (1974) говорит о «сохранении общей мысли при грубых нарушениях воспроизведения отдельных звуковых и словесных элементов» при поражении височной доли. Он подчеркивает направленность больных «на задачу запоминания или припоминания» при осознании и коррекции допущенных ошибок, остром реагировании на свои неудачи при теменно-затылочном поражении.

При поражении левого полушария нарушения вербальной памяти редко достигают степени амнестического синдрома. На этой стадии снижение памяти может носить

характер субъективных переживаний и практически не обнаруживаться при объективных исследованиях, то есть не выходит за пределы нормативных данных. Психическое состояние больных характеризуется постоянной бдительностью, мобилизованностью, напряженностью: «чтобы не забыть, постоянно держу во внимании… пока не сделаю необходимое дело, постоянно думаю о нем, не выпускаю из памяти ни на секунду».

Больные критичны. Пытаются компенсировать нарастающие нарушения памяти разными приемами, в частности, записями в дневнике.

Бредовой синдром

Бред — ошибочные суждения, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся коррекции. Нарушено мышление с ошибочно обоснованным суждением, искаженно отражающим действительность. Возникновение бредового синдрома у больных с поражением левого полушария мозга отмечали многие авторы, в частности, F. Henry (1983). Бредовой синдром формируется в контексте эмоциональных и личностных изменений. Часто сопровождается снижением словесной памяти, затруднениями вербальных ассоциаций, да и речи в целом, которые могут еще не достигать отчетливой афазии. Все более заметна склонность к преобладанию переживаний со страдальческим оттенком — тревоги, растерянности, раздражительности, озабоченности и т.д.

Возможны настороженность, суетливость, двигательное беспокойство. Внешне подобные больные напряжены, подозревают окружающих в недоброжелательном к ним отношении, намерении нанести им вред (отравить, воздействовать на них плохо, изуродовать). Вместо ответа больной может спросить врача, зачем он задает тот или иной вопрос. Иногда отказываются от еды, лекарств.

Бред может развиваться постепенно или остро (в послеоперационном периоде). Возможен бред преследования, отравления, воздействия, самоуничижения, ущерба, ревности и т.д. Содержание конкретно без признаков усложнения бредовой фабулы. Редки наблюдения, где у больных бред, развиваясь несколько лет, приобретал склонность к систематизации, определяя все поведение пациента.

Изменения речи

Часты нарушения речи неафазического характера. Их особенности в значительной степени определяются внутриполушарной локализацией очага поражения.

Аспонтанность в речевой деятельности характерна для больных с поражением лобного отдела левого полушария (особенно конвекситальной его поверхности). Широк диапазон возможных ее проявлений: от постепенно нарастающей вялости с легким снижением инициативы к речевой деятельности до исчезновения собственных побуждений больного к любой форме спонтанной деятельности. Больной лишается интереса к беседе с окружающими. Нет у него и побуждений поговорить с врачом, рассказать о признаках собственного нездоровья, расспросить о возможных перспективах. Если врач спросит больного о чем-либо, он отзовется на вопрос, но его ответы случайны, поверхностны, пусты, бессодержательны, неадекватны. В них нет даже намека на то, что он осмыслил вопрос, извлек из памяти нужные сведения, сформулировал адекватный ответ. Присутствуя перед врачом физически, больной по существу отсутствует в инициируемом врачом общении. Для такого больного характерен вариант ведения беседы, не требующий от него никаких речевых усилий. Вяло повторяет вслед за врачом слова, содержавшиеся в вопросе, не добавляя подчас ни единого нового — собственного слова. Часто отвечает одним ничего не значащим словом «да» или «нет». Если врач настойчив в расспросах, монотонно обещает: «сейчас скажу… сейчас скажу» и замолкает.

Аспонтанность отчетливо выступает и в эксперименте на называние предметов. Б.И. Белый (1975) приводит ответы больной на изображение уборщицы, «Для мойки… полы… эта моет полы… лебедь… это моет гуся… это моет рыбу и т.д.». А.С. Шмарьян (1949) писал, что речевая аспонтанность может дойти до «блокады мышления и речи с явлениями мутизма»; таких больных он описывал как «тяжеловесных в мышлении».

А.Л. Абашев-Константиновский (1973) считал, что описываемые речевые расстройства определяются общей адинамией и аспонтанностью. Речь больных фрагментарна, отрывиста, уменьшаются элементы косвенной речи, превалирует прямая речь. А.Р. Лурия называл эти расстройства речи *динамической афазией*: больные не испытывают затруднений при повторении фраз, слов, назывании предметов, произношении хорошо упроченных стереотипов, но беспомощны в спонтанной повествовательной речи. И.М. Тонконогий (1973) описываемое снижение побуждений к речи и речевой активности называет *речевой акинезией*; отмечает ее сочетание с общим снижением активности и двигательной инициативы.

Иные изменения речи при поражении височного отдела. Речь часто остается активной. Больные могут быть способными к преодолению трудностей при формулировке вопросов, задач или определении новых, не банальных положений. Со временем тщательность в формулировках превращается в застреваемость, инертность, вязкость. У больных все больше снижается способность переключаться с одного круга представлений на другой. Они застревают на мелочах, не имеющих существенного значения, «топчутся на месте».

Выше были изложены некоторые особенности речи больных с поражением левого полушария. Они различны в зависимости от внутриполушарного расположения очага поражения, давности заболевания. Всегда тесно взаимодействуют с расстройствами мыслительных, мнестических процессов; им сопутствуют определенные эмоциональные и личностные изменения.

Контаминации и неологизмы

Контаминации (лат. contaminatio — смешение) представляет собой сплавление частей нескольких слов в одно. Наблюдается в норме при смысловой и фонетической близости слов, а при патологии — в виде шизофренических неологизмов и в рамках парафатических расстройств у афатиков (Блейхер В.М., Крук И.В., 1995).

Неологизмы (греч. Neo — новый, logos — речь, учение) — новообразованные слова, иногда совершено новые, отсутствующие в словарях, наречиях, лексиконах и т.д. Наиболее типичны для шизофрении. Рассматриваются в рамках аутистического мышления. Диапазон образования неологизмов широк — от единичных слов до создания нового языка. Различают неологизмы: 1) пассивные, несистематизированные, носящие характер бессмысленных звукосочетаний и конгломератов обломков слов и 2) активные, возникающие вследствие искаженной мыслительной переработки словесного материала и всегда что-то обозначающие (Seglas J., 1892). Практически не наблюдаются у больных с грубыми органическими поражениям мозга.

Если неологизмы отражают нарушения мышления при сохранной речи, то контаминации следует относить к грубым психопатологическим феноменам, обусловленным скорее нарушением речи в виде сенсорной, амнестической афазий.

Приведем клиническое наблюдение больной, обнаруживавшей контаминации на фоне негрубой афазии, сочетавшейся с совокупностью симптомов, близких к левосторонней пространственной агнозии с яркой анозогнозией левостороннего гемипареза.

Больная Б-ва, 44 лет, считает себя правшой, адвокат, доцент вуза. Диагноз: открытая тяжелая ЧМТ. Тяжелый ушиб головного мозга преимущественно височных долей с 2 сторон. Эпидуральная гематома в правой височно-теменной области. Левосторонний гемипарез.

При психиатрическом осмотре на 19-й день после ЧМТ больная доступна контакту.

На вопросы начинает отвечать сразу, хотя создается впечатление о затруднении понимания речи и вспоминания нужных слов. По собственной инициативе и при расспросах врача жалоб на состояние своего здоровья не предъявляет, «не на что жаловаться… тьфу-тьфу-тьфу… все в порядке». Отрицает у себя нарушения речи, памяти, мышления, хотя очевидна несостоятельность больной в простых заданиях.

Ориентировка в месте и времени приблизительна: дату называет вчерашнюю; не сразу вспоминает название института, где находится. Правильно определяет текущий час. Грубо ошибается в определении времени получения ЧМТ: «в прошлый четверг», хотя травма получена 10 дней тому назад.

Во время беседы лежит в постели почти неподвижно, не меняя позу. Вопросов не задает. Целью беседы и впечатлением врача о ее состоянии не интересуется. В ответах на расспросы врача многословна, высказывания порою нецеленаправленны. С трудом переключается с одной темы на другую. Начав говорить, не может остановиться, повторяет сказанное, сбивается на рассуждения вокруг одной и той же мысли. По ответам больной можно думать, что она часто недопонимает заданных ей вопросов. Например, в ответ на расспросы об обстоятельствах травмы говорит: «Каждый вечер проводила консультации... я — специалист по трудовому праву… однажды возвращалась на машине, на что-то наехали… никак не... во всяком случае в познании и мыслях… на следующий день приснился сон, как будто я вмазалась... В четверг не вернулась с работы… не была привязана ремнем. Мужу позвонили из больницы. В прошлый четверг еду на машине, потому что так быстрее. Так оказалась в Первой градской, сделали, судя по всему, мне операцию эти… Как сказать, головные дела… они оказались на следующий день… проснулась, поняла… пришел муж, дети, сестра… Очень долго находились в специальной… как это называют… неврологи…Главный врач заставлял кормить, поить. Никаких ни субъективных, ни объективных факторов не влияло. Доктор был председателем реанимационного комитета. Сказал, что был шок-удар».

На вопрос: «Что общего между столом и стулом?» — отвечает: «Стул стоит рядом со столом… может быть вторичным, а может вообще отсутствовать… все зависит от того, что у нас ассоциируется со стулом… у них бывает 4 этих… как называется?... с точки зрения правовой плоскости может быть различие в позиции относительно того, сколько может быть этих». На вопрос, как можно назвать вместе пол, стену и потолок», отвечает: «можно сказать предметы необходимости... Настоящие удобства определяют отношения». Не видит разницы между словосочетаниями «отец брата» и «брат отца»: «Это человек, у которого родственники». Не сразу может вспомнить слова, найти им замену. Подсказка помогает не всегда. «Я нахожусь в институте Бу... Бу... Бу». При подсказке «Бур…» произносит «Бурденко».

Не понимает, что у нее ограничены движения в левых руке и ноге. Этот факт больной полностью игнорируется. Благодушна, эмоциональное состояние однообразное, обычно приподнятое. Нет обеспокоенности, адекватного переживания своего состояния. В момент беседы производит впечатление не соблюдающей дистанции, некритичной к своему состоянию, не переживающей болезни.

При вопросе, каким глазом она прицеливается, отвечает: «правым». Ошибки не замечает. Пытаясь разъяснить, произносит слово «глазопонимание». Утвердительный ответ больной следует на вопрос врача о том, пользуется ли она словом «глазопонимание» в своих адвокатских речах. Но не может разъяснить, в каких случаях может понадобиться это слово. Не находит нужных слов в беседах с окружающими. При столь очевидной беспомощности на вопрос врача, смогла ли бы она «выступить сейчас адвокатом на суде», отвечает утвердительно. В течение всей беседы оживленно жестикулирует только правой рукой. Левая рука неподвижна, лежит рядом с больной.

О своем состоянии, перспективах не расспрашивает. Только в конце одной беседы спонтанно спросила (но без особой заинтересованности), каково мнение врачей о ее будущем, удовлетворилась лишь началом односложного ответа. Не просила, чтобы врач подробнее ей пояснил перспективы.

Это наблюдение приводится прежде всего с целью иллюстрации клинических особенностей контаминаций. У больной они возникли на фоне нарушений речи — сенсорной и амнестической афазий — как клинические проявления поражения левой височной области в рамках более грубого 2-стороннего поражения с эпидуральной гематомой в правой теменно-височной области. Но контаминации — лишь одно из психопатологических проявлений. У больной были явления левосторонней пространственной агнозии: анозогнозия по отношению к левосторонней пространственной агнозии. Невозможен перевод взгляда влево. Полное неосознавание болезненных проявлений при выраженной склонности к эйфорично-благодушному настроению.

При кажущемся сходстве контаминации и неологизмы различны по клинической структуре, наличию–отсутствию сопровождающей их неврологической картины, а также по частоте их встречаемости. Контаминации больных с поражением левого полушария и нарушением речи тем больше напоминают неологизмы, чем более яркими были интеллектуальные возможности больного до болезни.

Эмоционально-личностные изменения

Несходны при поражении разных отделов левого полушария мозга.

Аспонтанность с отсутствием эмоций

Наблюдается при поражении левой лобной доли. Может быть при поражении передней части мозолистого тела, сочетаясь с гипокинезией. Больные становятся все менее инициативными, безразличными к окружающему и собственной судьбе. Исчезают спонтанные побуждения к деятельности, осознанному целенаправленному акту. По Б.В. Зейгарник (1945), главным в аспонтанности является нарушение сферы потребностей: больные заторможены, вялы, пассивны, медленно передвигаются, долго одеваются, могут при этом остаться полуодетыми. Адекватное эмоциональное сопровождение поведения исчезает. Все это свидетельствует об отношении лобной доли к высокоизбирательным формам процессов активации. По W. Umbach (1965), аспонтанность — это снижение жизнепобуждений, сочетающееся с апатией и «огрубением» личности при сохранности реакций на внешние раздражения. В этом синдроме эмоциональные расстройства преобладают над интеллектуальными. Глубокие нарушения самой аффективной сферы порождают крайнюю степень аспонтанности (Розинский Ю.Б., 1948; Абашев-Константиновский А.Л., 1949). Проявления аспонтанности нарастают от вялости, некоторого снижения целенаправленной активности до полного исчезновения инициативы, спонтанной активности. Больные бездеятельны, безразличны, вялы. Не обнаруживают никаких интересов, желаний, стремлений вне зависимости от изменений ситуации. Во время бесед с врачом часто позевывают, совершают неуместные в ситуации осмотра врача стереотипные движения (потирают руки, поглаживают живот и т.д.). Ответы больных на расспросы врача случайны, примитивны, стереотипны. Иногда вместо ответа больной вяло повторяет вопрос врача. Замолкает и при настойчивой просьбе врача монотонно обещает: «Сейчас.. сейчас… подождите, скажу». Вновь замолкает до очередного вопроса врача. Вместо ответа иногда повторяет что-либо из только что услышанного или вплетает в свой ответ то, что видит сейчас. Речь лишена эмоциональной окраски. Больной не огорчается, когда у него обнаруживаются глубокая беспомощность, незнание того, где он находится, кто его окружает. Эмоциональное оскудение может сочетаться с нарушениями (в сторону снижения) речевой деятельности. Исчезает способность сообразовывать свое поведение с ситуацией.

Аспонтанность с обеднением (вплоть до исчезновения) инициативы и эмоциональных переживаний описывается еще как апатико-абулический синдром. Напоминает

и угнетение сознания в виде умеренного оглушения. Напрашивается возможность рассмотрения аспонтанности как свидетельствующей о выпадении важнейшего свойства целенаправленной, эмоционально адекватно окрашенной психической деятельности. Целенаправленность означает планирование достижения конечного результата. Он может быть достигнут лишь в будущем времени (по отношению к тому настоящему времени, в котором совершается конкретная деятельность). Но в психиатрических и даже в нейропсихиатрических разборах аспонтанности отсутствует указание на это свойство. Оно отражает временную организацию внешне наблюдаемой деятельности человека, в частности больного с аспонтанностью. Эта деятельность, совершаясь в настоящем времени, завершиться может лишь в будущем. Данное предположение высказано в нейропсихиатрической группе Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко в ходе анализа возможных форм пространственно-временной организации психических процессов, зависимых от правого и левого полушарий мозга, а также данных в пользу возможного участия пространства и времени в становлении разных составляющих целостной психики (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977, 1981, 1984, 1997, 1999).

Тревожная депрессия

Наблюдается у больных с поражением височных отделов левого полушария. Возможна у больных с намечающимися нарушениями речи. Характеризуется тревогой, раздражительностью, плаксивостью и двигательным беспокойством. Больные находятся как бы в беспрерывных поисках двигательного покоя: меняют положение, встают, садятся и вновь поднимаются. Вздыхают, недоуменно озираются по сторонам, вглядываются в лицо собеседника. Высказывают опасения, что с ними что-то должно случиться. Возможны подозрительность и даже бредообразование ипохондрического характера. Иногда описанные выше приступы тревоги, внутреннего беспокойства сочетаются с вербальными слуховыми галлюцинациями, преходящими нарушениями речи, а также с беспомощностью в вспоминании подлежащих совершению дел и подбора слов, нужных для выражения мысли.

При поражении височного, височно-теменно-затылочного отделов левого полушария характерна своеобразная активизация больных с преобладанием депрессивных переживаний. Эмоциональные и личностные изменения часто сочетаются с ощущением затруднения вербального мышления, ухудшения памяти. Больные стремятся получить как можно больше сведений о своем состоянии. При разговорах с врачом они активны, целенаправленно расспрашивают о своем состоянии, не отвлекаясь на темы, не имеющие к их болезни отношения. Стараются запомнить (записывают) все, что сообщает им врач. Последовательно, со всеми необходимыми подробностями рассказывают о развитии своей болезни. Например, с обеспокоенностью рассказывают врачу о возникших затруднениях чтения, в частности из-за трудностей различения букв, например, воспринимают буквы как рисунки или фигуры (Кок Е.П., 1967). Мобилизованность, переживание дефекта со стремлением к компенсации имеют важное значение в реабилитации этих больных. Но они могут достигать такой степени, что больные остаются напряженными, настороженными даже в часы отдыха. Не могут произвольно расслабиться, плохо спят. На фоне постоянной бдительности все более отчетливо проявляются подозрительность, недоверчивость. Может формироваться бредовая настроенность, нередко переходящая в бред.

Двигательное поведение этих больных отражает их реакцию на болезнь, эмоциональные и личностные сдвиги. Здесь нет диссоциации, отмеченной у больных с правополушарным поражением. Внешнее поведение адекватно, соответствует или как бы построено с учетом происходящих изменений психической деятельности, особенно

касающихся речи и основанных на ней мыслительных и мнестических процессов. Больные проявляют постоянную двигательную активность. Испытывают тревогу, внутренний дискомфорт, ощущение надвигающейся катастрофы. Суетливы, беспокойны.

2.2.3. Различия непароксизмальных нарушений при поражении правого и левого полушарий

Психические нарушения у больных с поражением правого и левого полушарий мозга имеют существенные различия. Эти различия обусловлены пространственно-временной организацией психических процессов, зависимых от разных гемисфер мозга. Вновь встает вопрос о пространствах и временах, но не вообще, а о тех, которые включены в организацию психической деятельности человека.

Нарушения памяти чаще выражаются в амнестическом синдроме (например, корсаковском) у больных с поражением правого полушария и дисмнестическом — при поражении левого. Для больных с корсаковским синдромом характерны (среди других симптомов) некритичность, расслабленность, конфабуляции, склонность к переносу прошлых событий на настоящее время. Об уже состоявшихся в бывших пространстве и времени событиях больной говорит как о совершающихся в настоящее время и в реальном сейчас пространстве. Заслуживают внимания закономерности регресса ретроградной амнезии. Первыми восстанавливаются события, произошедшие в самом отдаленном отрезке забытого больным прошлого времени. С ретроградной амнезией сочетается фиксационная — незапоминание событий, происходящих в настоящее время. Регресс обеих означает восстановление истинной последовательности уже пережитых больным и сейчас им воспринимаемых событий во времени (и пространстве).

Дисмнестический синдром отличается от амнестического меньшей выраженностью мнестических расстройств, критическим отношением к ним больного, переживанием им собственной несостоятельности.

Тоскливая и тревожная депрессии различаются не только содержанием аффекта — тоской и тревогой. Несходно и такое свойство психической жизни, которое уместно, наверное, обозначить как «временная обращенность аффекта». Переживание тоски у больного с поражением правого полушария обычно как бы связано с уже состоявшимися в прошлом времени событиями и ситуациями.

Тревога — неопределенное тягостное переживание возможного неприятного события в настоящем–будущем (не состоявшегося в прошлом, пока не происходящего в настоящем, но представляющемся возможным в неопределенном будущем времени). Поэтому допустимо рассматривать тоску как переживаемую в настоящем и определяемую прошлыми событиями, тревогу же — как относящуюся к будущему.

Только правополушарная патология (у правшей) иллюстрирует грубое нарушение восприятия, переживания пространства и времени, в которых реализуются действия и целостное поведение. Этим индивидуальным пространством скорее определяется левосторонняя пространственная агнозия. Ведь пространство мира остается тем же, из него не исчезает ни правая, ни левая половина. Изменяется скорее пространство больного: как бы исчезает — не воспринимается (игнорируется) левая его половина, которая перестает быть пространством действий, деятельности.

Несходны тенденции эмоционально-личностных сдвигов. У больного с поражением правого полушария (вне височного отдела) наблюдается благодушие — эйфория, пассивность при отсутствии депрессивных переживаний и двигательной заторможенности; у больного с поражением левого полушария (вне лобного отдела) — склонность к активному двигательному поведению, даже в виде беспокойства.

У первого больного снижаются инициатива, преодолительные способности (произвольность психической деятельности), иногда нарушается внимание, развивается «рассеянность». У второго больного интересен феномен активизации эмоционально-личностной сферы, мыслительных и мнестических процессов, невозможный без точного восприятия пространства и времени.

Различно изменяется внимание — уже отмеченные выше рассеянность у первого и растерянность — у второго больного. Рассеянность часто сочетается с изменением восприятия пространства и времени, отсутствующими при растерянности.

Различен «совместный бег» психопатологических и неврологических синдромов. Описанные у первого больного нарушения проявляются при выраженных вегетативных и висцеральных сдвигах (Брагина Н.Н., 1974), эндокринно-гормональных нарушениях, изменениях ритма сна и бодрствования, вестибулярных расстройствах (Лобова Л.П., 1966). В неврологической картине отмечаются нарушения различных видов чувствительности, стереогноза, схемы тела. Описанные у больного с поражением левого полушария синдромы сочетаются с изменениями целостного внешнего поведения, реализуемого только при участии двигательного аппарата. У больных с правополушарным поражением отмечаются связываемые обычно с диэнцефальной областью жажда, прожорливость, полиурия, нарушения ритма сна и бодрствования. Симптоматика поражения левого полушария обычно свободна от перечисленных нарушений, но здесь присутствуют усиление состояния бодрствования, «бдительность» (Stuart Graham, 1971).

Высказана мысль о тесных функциональных связях правого полушария с диэнцефальным, левого — активирующими системами мозга.

Обобщая вышеизложенное, можно сказать, что при поражении правого полушария мозга правшей нарушается чувственное познание, левого — абстрактное (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977).

Глава 3

Психопатология очаговых поражений мозга левшей

Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Карменян К.К.

Изложению материала этой главы уместно предпослать краткую историю становления современных представлений о тех, кого обозначают словом «левша». Интерес к левшеству уходит в далекое прошлое. Долгое время под левшеством подразумевалась лишь леворукость, и научные исследования посвящались не левшеству, а лишь леворуким. Значительная часть теорий, объяснений, догадок не имеет научной ценности. Встречаются и абсолютно противоположные толкования левшества, например: 1) как сугубо патологическое отклонение, «дегенеративный признак» (Аствацатуров М.И., 1923) и 2) как обусловливающее собой художественную одаренность (Gardner M., 1967). Разнообразны данные о частоте леворукости (от 2,8 до 16%). Так, еще в 1913 году K.V. Barderleben полагал, что 30% детей рождается леворукими, но под влиянием воспитания теряют $^4/_5$ своих рядов. Исследовав 266000 человек, он выявил 6,8% леворуких. J. Becker et al. (1992) отмечают леворукость у бисексуальных лиц, имеющих еще и нарушения иммунной системы, а также познавательных процессов. По М.К. Шохор-Троцкой (1997), 58% людей имеют ту или иную степень левшества. А. Козулина (1974) предполагает различную частоту леворукости у жителей Северного и Южного полушарий: в Болгарии — 3%, во Франции — 8%, в Южно-Африканской республике — 50%. Всегда оговаривались особенности проявления левшества у детей, мужчин и женщин. Вот два мнения: 1) предпочтительное использование левой руки падает в возрасте от 6 до 13 лет (Hecaen H., Ajuriaguerra J., 1964); 2) среди детей ясельного возраста истинные правши составляют лишь 35%, среди взрослых — 60%, процент скрытых левшей выше среди женщин (Паршинова Н.И., 1974).

В последние десятилетия понятие «левшество» расширилось. Оно может проявляться не только в действиях рук, но и ног, а особенно во взаимодействии парных органов чувств. Правши одинаковы по преобладанию правых парных органов в осуществлении моторных и сенсорных функций, четкому различию психических нарушений при поражении правого и левого полушарий мозга, а также отсутствию семейного левшества. Левши же весьма различаются между собой по наличию (отсутствию) семейного левшества, числу левых асимметрий (преобладание левой половины парных органов); кроме того им не присуще четкое различие психопатологических картин при поражении разных полушарий мозга, строго соблюдаемое у правшей.

По мере возрастания интереса к этой части человеческой популяции появляются новые классификации левшей, не ограничивающиеся учетом лишь леворукости. На основании многолетнего изучения функциональных асимметрий парных органов (рук, ног, глаз, ушей) нами (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1994) было предложено деление на следующие группы:

1. С одним признаком левшества при «правшестве» трех других парных органов (преимущественно правый профиль асимметрии).
2. С двумя признаками левшества (смешанный профиль асимметрии).
3. С тремя признаками левшества (преимущественно левый профиль асимметрии).
4. С четырьмя признаками левшества (левый профиль асимметрии).

Следует подчеркнуть разную силу влияния различных признаков левшества на психопатологическую симптоматику. Например, наличие ведущей левой ноги, по-видимому, менее значимо, чем уха, руки и даже глаза. Но этот вопрос требует специальных исследований.

Изучив 16 здоровых леворуких, В.А. Руднев и Л.В. Боброва (1982) установили у них более совершенную регуляцию центральных механизмов организации произвольных движений в левой руке. Преобладание правых или левых руки и уха оценивалось количественно в виде коэффициентов правой руки (Кпр) и правого уха (Кпу) (см. Приложение 1).

Показано различие здоровых и больных по числу левых признаков. У 38% здоровых (40% мужчин и 36% женщин) установлен правый профиль асимметрии; преимущественно правый (один признак левшества) — у 43% (44% мужчин и 42% женщин); смешанный (два признака левшества) — у 13% (12% мужчин и 14% женщин); преимущественно левый (три признака левшества) — у 6% (4% мужчин и 8% женщин). Среди здоровых, как видно, не было левого профиля асимметрии. Отмечено некоторое преобладание признаков левшества у женщин.

Были сравнены профили асимметрий здоровых и больных, страдающих различными нервно-психическими заболеваниями. Показаны учащение левшества и амбидекстрии у больных эпилепсией (Тетеркина Т.И. и соавт., 1993, Доброхотова Т.А. и соавт., 1993). Так, у 3 из 16 тщательно изученных больных эпилепсией установлен отсутствующий у здоровых левый профиль асимметрии, у 3 других — преимущественно левый, у 7 — смешанный, у 3 — преимущественно правый. Правого профиля асимметрии не было. В специальном исследовании показано, что у всех больных эпилепсией по сравнению со здоровыми отмечалось преобладание левых асимметрий и симметрии (Тетеркина Т.И. и соавт., 1993). Средний Кпр и Кпу были равны соответственно у больных 37,4±2,8 и 14,7±2,6 и у здоровых 52,8±7,7 и 16,4±3,5.

Психопатологические синдромы у левшей при очаговом поражении мозга, как и у правшей, могут быть пароксизмальными и постоянными постепенно нарастающими. Интересны следующие особенности синдромов:

1. Отсутствие отмечающейся у правшей четкой зависимости одних синдромов от поражения правого, других — от поражения левого полушария мозга. Она иногда возможна у больных с одним, редко — с двумя признаками левшества. Но даже здесь нарушения могут иметь отличия от таковых у правшей. Эти отличия особенно выражены у лиц с большим количеством признаков левшества.
2. Возможность противоположных ожидаемым у правшей синдромов. Например, возникновение односторонней (правосторонней) пространственной агнозии при поражении левой гемисферы или афазии — в случае дисфункции правой гемисферы мозга. Вместо характерных для правшей преходящих ощущений мертвенности, обеззвученности, обездвиженности окружающего мира у некоторых из левшей возможны противоположные явления — ощущения мнимого движения, дрожания неподвижных предметов. Часто наблюдается комплексность галлюцинаций (зрительных, слуховых — вербальных и невербальных), переживающихся левшами еще и как подвижные, перемещающиеся в пространстве, будто даже имеющие физическую силу (по словам больных, «могут ударить по голове»).
3. Появление новых, у правшей скорее всего невозможных нарушений определенных психических процессов. Например, у левшей отмечен феномен *обратного течения времени*, по-видимому, отсутствующий среди встречающихся у правшей преходящих нарушений восприятия времени (его убыстрения, замедления, остановки).
4. Возможность возникновения отсутствующих у правшей нарушений (предвосхищение будущих событий, зеркальные феномены, обратные речь и письмо), наводящих на мысль, что у левшей в патологии мозга возможны проявления противоположной (по сравнению с характерной для правшей) организации психических функций

в пространстве и времени. Например, предвосхищение, если вдуматься в описание левшей, можно представить как восприятие события, которое еще не произошло в настоящем времени, а состоится лишь в будущем времени.

3.1. Пароксизмальные психопатологические синдромы

Отличающие левшей особенности приступообразных психических нарушений могут наблюдаться при очаговом (в частности, опухолевом) поражении мозга.

Л.Н. Чебышевой (1977) и Т.И. Тетеркиной (1985) изучено отражение функциональной асимметрии полушарий мозга в пароксизмальной симптоматике при эпилепсии. Отмечены, в частности, следующие отличия приступов у левшей от таковых у правшей: 1) независимость их структуры от стороны поражения мозга; 2) возникновение отсутствующих у правшей клинических феноменов; 3) выраженное многообразие составляющих приступы феноменов.

Речевые феномены от преходящих афазий правшей отличались структурой, способами компенсации. Здесь уместно отметить, что в последнее время появляется все больше литературы, посвященной нарушениям речи у левшей.

Левшами иначе, чем правшами, переживались и характеризовались приступообразные нарушения мышления. Описывая их, они говорили: «мысли путаются», «происходит застывание и узость мыслей». Очень редкой у левшей была амнезия на абсансы, их описывали сами больные-левши: «Рассеивается будто внимание». Иногда отличались от аналогичных у правшей и психомоторные припадки. Акинезия перемежалась с ритмическими движениями (похлопывание по телу, хлопанье в ладони, автоматическая ходьба).

Также чаще, чем у правшей, наблюдались зрительные и слуховые галлюцинации. Они имеют свои особенности, отсутствующие у правшей. Воспринимаются подвижными, перемещающимися в пространстве и как бы овеществленными, имеющими физическую силу («могут стукнуть по голове»). Возможны очень редкие у правшей комплексные галлюцинации. Одновременно возникают зрительные, слуховые, осязательные, вкусовые, обонятельные и те трудно описываемые больными галлюцинации, отнесенность которых к определенному органу чувств невозможно определить.

Звуки речи собеседника в момент некоторых припадков могут восприниматься как музыкальные. Речь врача воспринимается как рифмованная. Чаще, чем у правшей, возникают зрительные галлюцинации. Они очень яркие и динамичные. В одном припадке могут сочетаться зрительные, слуховые и тактильные галлюцинации.

Слуховые галлюцинации могут быть вербальными и невербальными. Могут выражаться в ритмических звуках. Возможны и более сложные — комплексные галлюцинации. Во-первых, они могут переживаться больными как подвижные, перемещающиеся в пространстве. Во-вторых, по описанию больных, представляются будто овеществленными, как бы приобретшими некую физическую силу. Они были, в частности, у 23-летнего леворукого больного с ведущим левым ухом (Кпр –66,6; Кпу –28,8) и признаками дисфункции правой гемисферы мозга. Больной сообщил: «За 1–2 минуты до приступа возникает звон в ушах... сильный-сильный, такой, будто вырывается из моей головы наружу и может стукнуть кого угодно... затем внутри головы возникает музыка... одна и та же мелодия, звуки музыки постепенно усиливаются так, что вылетают из головы, кажется, эти звуки уже слышат и другие люди».

Чаще, чем у правшей, наблюдаются обонятельные и вкусовые галлюцинации. Они могут сочетаться с проявлениями дереализации и деперсонализации, висцеро-вегетативными и речевыми нарушениями. Такие сложные пароксизмы возможны при поражении правого или левого полушария.

Больной, 22 года, с преобладанием левых ноги и глаза, низкими коэффициентами правых руки (+12,2) и уха (+12,2), у которого диагностировано поражение правого полушария мозга, описывал приступы следующим образом: «Вдруг наступает какой-то дискомфорт… что-то неприятное в окружающем мире, в этот же момент появляются неприятные запахи многих лекарств, они то возникают, то исчезают; так повторяется много-много раз… потом сползаю по стене, сводит руки и ноги… хочу что-то сказать, но не могу, получается какое-то мычание… приступ проходит, не сразу прихожу в себя… растерян, какая-то тревога».

Комплексные галлюцинации, как видно, складываются из множества одномоментно возникающих обманов восприятия: зрительных, слуховых, осязательных, обонятельных и других. Модальностную их принадлежность часто трудно определить. Все вместе они создают у некоторых больных ощущение, будто возле них есть человек. Больной разговаривает с ним, видит его, ощущает тепло его рук, струю выдыхаемого им воздуха, сдавление на теле от прикосновения руки мнимого человека.

Дереализация может выражаться в восприятии мира измененным в цветовых и звуковых характеристиках. Как цветные левшами воспринимаются черно-белые объекты. В момент приступа в восприятии левшей весь мир становится желтым, реже зеленым. Некоторые левши лишаются как бы непосредственности восприятия мира; говорят, что «видят» его, как в телевизоре. Отмечают ощущение «внезапной незнакомости мира» или исчезновение непосредственной связи с миром. Возможны ощущения уменьшения или увеличения частей тела не только соматические, но и зрительные (больные рассказывают, как во время приступа «увеличивалась рука»).

В упомянутой выше работе Л.Н. Чебышевой (1977) отмечены частые: у 9 из 16 больных явления дереализации-деперсонализации. Они были у 58,1% левшей и 13,3% правшей. У 35,5% левшей возникали при очаге в правом и у 13,3% — в левом полушарии мозга. Возникают чаще у левшей с расхождением моторных и сенсорных асимметрий. Ни у одного больного не отмечено характерных для правшей пароксизмов измененного восприятия окружающего мира как мертвенного, обеззвученного и обездвиженного. В преходящих его нарушениях выступала противоположная тенденция. Выражалась она в частых ощущениях мнимого движения неподвижных предметов. Они воспринимались больными как «дрожание», «колеблющиеся». Во время припадка в восприятии больных внезапно изменялись цветовая и звуковая характеристики внешнего мира: «мир становился более желтым», хаотические звуки преобразовываются в ритмические. Слабые звуки воспринимаются как очень громкие. Звуки «мелькают слева направо». Речь окружающих кажется больным во время припадка рифмованной. Мир некоторыми левшами воспринимается в зеркальном отражении. Один из больных (Кпр +5; Кпу –30) называл такие приступы «переворотами»: «все менялось местами… правое становилось левым, левое — правым».

Явления дереализации и деперсонализации могут быть очень сложными, мучительными для больных. Один из них говорил: «Взгляд застывает на чем-либо... предмет, на котором застрял взгляд, начинает дрожать, колебаться. Сам начинаю колебаться... волна проходит по телу, будто я весь сгофрирован... потом расправляюсь, глаза заволакивает туманом… меня будто бросают в пропасть. Страх. Думаю, быстрее бы потерять сознание, чтобы не мучиться».

Чаще, чем у правшей, возникает ощущение «уже виденного», «уже слышанного». Оно обычно относится к разговору близких.

Ощущение *уже виденного* может сочетаться с феноменом предвосхищения — некоей способностью предсказывать изменение ситуации в ближайшем будущем времени. В момент такого приступа больной-левша существует в своем восприятии, да и во всей психической деятельности, как бы во всех трех временах — в прошлом, настоящем и будущем.

Отмечены отсутствующие у правшей сочетания явлений дереализации с речевыми нарушениями, сумеречными состояниями сознания. В одном приступе у такого больного (очаг — в левой гемисфере) сочетались, например, различные нарушения: одни, которые у правшей обусловлены поражением правого полушария мозга (явления дереализации); вторые — левого (речевые нарушения) и, наконец, третьи, у правшей вообще отсутствующие (*обратное течение времени*). У левшей же они могут наблюдаться, как видно, при поражении одной гемисферы мозга. Речевые нарушения возникают при очаге в левом и правом полушариях. Почти каждое из нарушений отличается от своего аналога у правшей. Например, больной-левша не понимает обращенной речи, но может точно повторить сказанные собеседником слова.

Часты аффективные нарушения. Аффект тревоги отмечен у 50,5% левшей: у 36% из них установлено поражение левого, у 14,5% — правого полушария мозга. Аффект тоски, составляющий один из элементов приступа, отмеченный у 21% правшей с поражением правого полушария мозга, наблюдался у 80% левшей (50% — с поражением левого полушария мозга и 30% — с поражением правого).

Сумеречные состояния сознания у левшей отмечались в 2 раза чаще, чем у правшей: у 35,5% — при поражении правого и у 20,7% — левого полушария мозга. Они имели иные, чем у правшей, особенности. В частности были растянуты во времени, плохо очерчены начало и окончание приступа; больные способны к ретроспективному самоописанию некоторых переживаний в момент приступа. Так, один больной-левша в таком состоянии проехал большое расстояние. Оказался в месте, где никогда не предполагал быть. Когда выходил из троллейбуса, испытал ощущение, будто «сместились» пространство и время. Казалось, что «время течет в обратном направлении».

У левшей, чаще чем у правшей, наблюдаются и психомоторные припадки. Они отмечены у 73,3% больных с сочетанием леворукости и преобладания левого уха. Поведение в момент приступа у левши может быть иным, чем у правши.

Больная, 18 лет, отличавшаяся стеснительностью, неуверенностью, «вдруг встала, начала веселиться, напевала какую-то мелодию, танцевала, разводила руками, хлопала в ладоши». Подходила к зеркалу и совершала руками движения, как бы поправляя платок на голове. Производила жевательные и глотательные движения. Приступ длился не более 2 мин. Все родные удивленно смотрели на больную. Когда сестра спросила ее, почему она плясала, больная недоуменно посмотрела на сестру и сказала: «Что ты? Я ничего не делала». У этой больной бывали приступы, во время которых она слышала «какую-то незнакомую музыку», одновременно «появлялись какие-то запахи и привкус во рту неприятный».

Абсансы могут быть при поражении не только левого, но и правого полушария мозга. В отличие от правшей многие левши помнят, что был приступ, либо воспроизводятся по его окончании отдельные фрагменты. Один из больных отмечал «вхождение в себя» после приступа.

Больная, 28 лет, с преобладанием левых ноги и глаза, но правых руки (Кпр +56,2) и уха (Кпу +13,6), у которой отмечались клинические и ЭЭГ-признаки дисфункции правого полушария мозга, по описанию мужа, «внезапно замирает, глаза неподвижны». Руки остаются в том же положении, в каком были до начала приступа, если в руке был какой-нибудь предмет, он падает. На обращения не отвечает. Речь отсутствует. Не реагирует на болевые раздражения, горячее, холодное. Из приступа выходит постепенно. Производит резкие «взрывные» движения, сопровождающиеся возгласом, затем фразой с интонацией раздражения. Иногда многократно повторяет слова мужа, произнесенные, когда больная ни на что еще не реагировала и казалась неподвижной, абсолютно ничего не воспринимающей, ничего не слышащей и не видящей. Далее возобновляет начатое до приступа занятие. Замечает удивление мужа, присматривающегося к ней, но не понимает, с чем оно связано, так как считает, что с ней «ничего не было».

У левшей редки «*наплывы мыслей*», «*вихрь мыслей*». Но все же некоторые левши сообщали после приступа: «Появлялись посторонние мысли», но без конкретного содержания.

Интересны отличия *вспышки пережитого* от таковой у правшей. Впадая в такой приступ, левши могут продолжать воспринимать внешний мир: слышат окружающих людей, могут и ответить. Так было в одном нашем наблюдении. Больной в ответ на расспросы сказал: «Дайте мне досмотреть». Такой приступ может сочетаться с нарушениями речи. Таким образом, для *вспышки пережитого* левшей не характерно то, что является основным у правшей, — сенсомоторная диссоциация и отрешенность от внешнего мира. Еще два отличия от *вспышек пережитого* у правшей: во-первых, у левшей воспроизводятся образы событий, происходивших не друг за другом, а в разных отрезках прошлого времени; во-вторых, в ходе повторного переживания ряд ощущений может искажаться, тогда как у правшей точно воспроизводится вся ситуация, ее эмоциональная окраска. Последняя у левшей может быть иной, чем та, которая сопровождала события во *вспышке пережитого*.

У левшей отмечены приступы, особенность которых состоит в том, что в нереальной ситуации, составляющей содержание приступа, больной проявляет мнимую двигательную активность. После приступа он описывают себя действовавшим последовательно в соответствии с обстановкой.

Больная, 20 лет, леворукая (поражение височно-лобных отделов левого полушария), бледнеющая и смотрящая в одну точку в момент приступа, рассказывала: «Вижу себя… еду на байдарке и вижу тонущих в воде людей, начинаю их спасать, хватаю за одежду и поднимаю их высоко, через свою голову перекидываю их в байдарку». В момент других приступов больная перестает понимать обращенную к ней речь: «Вижу, что человек мне что-то говорит… но понять не могу… слова проходят мимо ушей… и сама говорить не могу… возникают движения, один раз ногами совершала движения, будто еду на велосипеде и кручу педали».

При пароксизмальных состояниях у левшей могут быть иные, чем у правшей, нарушения восприятия пространства и времени. Это: 1) приступообразное правостороннее игнорирование пространства; оно нередко сочетается с афазией, по структуре отличающейся от афазии правшей; 2) приступообразное ощущение *обратного течения времени*: оно течет как бы «не по ходу часовой стрелки, а в противоположном направлении». Последнее состояние длится мгновенье. Авторы наблюдали этот феномен у двух левшей с поражением левого и у одного — правого полушария мозга; сочетался с дереализацией, речевыми трудностями.

У 71% больных с приступами дереализации сочетались леворукость и преобладание левого уха. У 74,3% больных с сумеречными состояниями сознания расходились моторные и сенсорные асимметрии (сочетались праворукость с левой асимметрией слуха и наоборот). Аффект тоски в приступе часто отмечается у больных с левой асимметрии рук и слуха при поражении левого полушария мозга.

Пароксизмальные нарушения сознания левшей, как видно, более многообразны, чем у правшей, но они не противоположны пароксизмальным состояниям правшей. Здесь невозможно сравнение пароксизмов при поражении правого и левого полушария как у правшей по определенным критериям. Создается впечатление, что наиболее полиморфна картина поражения правого полушария мозга. В ней присутствуют многие клинические симптомы нарушений сознания, обусловленных у правшей поражением левого полушария мозга.

Сравнив пароксизмы правшей и левшей при очаговой патологии мозга можно предположить:

- у левшей пароксизмальные нарушения многообразнее, чем у правшей;

- отличия тем четче, выраженнее, чем больше проявлений левшества;
- наибольшие отличия возможны у полных левшей (имеющих левый профиль асимметрии), наименьшие — у лиц с одним проявлением левшества, особенно с преобладанием левой ноги.

3.2. Непароксизмальная психопатологическая картина

Иной, чем у правшей, оказывается у левшей и непароксимальная психопатологическая картина очагового поражения мозга (Доброхотова Т.А. и соавт., 1993). У них часты цветные, «кошмарные», «вещие», «символические» сновидения (у 13 из 16 изученных больных), трудности в ориентировке в правом–левом (у 4 больных), выраженная эмоциональность и внушаемость (у 4 больных); беспомощность в словесном описании припадков при более редкой, чем у правшей, амнезии на них.

Однако в этом разделе мы хотим остановиться на достаточно редких клинических феноменах в ряде случаев, возникающих при очаговом поражении мозга у левшей. Эти феномены отсутствуют у правшей и наблюдаются, видимо, не чаще, чем у 3–5% больных-левшей. Они не описаны в учебниках и руководствах по психиатрии. Некоторые из них вообще впервые упоминаются в этом руководстве. Клиническая их характеристика и интерпретация трудны. При разборе данных феноменов возникает впечатление о противоположной организации психической деятельности левшей: она будто иначе, чем у правшей, осуществляется в пространстве и во времени. Это обстоятельство требует к себе особого внимания при сравнении психопатологии правшей и левшей. Таким образом, пространственно-временная организация, представляющаяся одним из фундаментальных свойств психической деятельности, видимо, неодинакова у правшей и левшей. Но, естественно, необходимы дальнейшие сравнительные исследования, строгое описание психопатологических явлений, сравнительная их оценка и адекватная классификация. Все это предстоит осуществить в будущем. А пока попытаемся все же описать феномены, выходящие за пределы привычных психических возможностей человека и отличающие только некоторых левшей. Конечно, достовернее те явления, которые можно наблюдать со стороны и документировать, но, к сожалению, их меньше, чем описанных только на основании самоотчетов больных-левшей.

Можно выделить, упрощая действительность, три группы феноменов левшей, отражающих особенности их действий, восприятия в пространстве и времени: 1) зеркальные формы деятельности; 2) особые формы восприятия и действия; 3) обратные речь и письмо. Первые иллюстрируют особенности действий левшей в пространстве, вторые — во времени, третьи — смешанные особенности, касающиеся речи, письма.

3.2.1. Зеркальные формы деятельности

Это название представляется допустимым и вполне адекватным. Имеется в виду деятельность, (позаимствуем образ Льюиса Кэрролла), осуществляемая как бы по ту сторону зеркала, то есть не в привычном нам предзеркальном, а в зазеркальном мире. У левшей описаны зеркальные письмо, чтение, движения, рисование, восприятие.

Эти формы деятельности как бы иначе (противоположно таковым у правшей) организованы в пространстве. Возможны у здоровых левшей, но чаще элементы зеркальности встречаются у левшей с поражением мозга.

Так, K.M. Heilman с соавт. (1980) описали у 56-летнего больного-левши (острое расстройство мозгового кровообращения) зеркальное чтение и письмо в сочетании с пространственной дезориентировкой (не различал правого и левого). Зеркальное письмо проявлялось при письме под диктовку и реже при самостоятельном списывании. Зеркальное же чтение обнаруживалось чаще при предъявлении цифрового ряда, текста. Эти феномены регрессировали в течение 5 дней.

Зеркальное письмо

Зеркальным называют письмо, когда переставлены местами правые и левые элементы букв. Его называли еще «вывернутым письмом» (Манасеина М.М., 1883). Оно выглядит обычным в зеркальном отображении. Ему посвящено много публикаций, причем они стали появляться уже в конце XIX века; имеются указания на частое его сочетание с афазией. Soltmann (1890) зеркальное письмо обеими руками объясняет тем, что при правостороннем парезе, афазии больные теряют способность передвигать руку в правую сторону при сохранении возможности передвижений рук влево. M. Fogt (1880) предполагал, что зеркальное письмо обусловлено формированием зеркальной памяти буквенных изображений в левом полушарии в процессе обучения письму правой рукой. Но описаны единичные случаи зеркального письма у детей с правосторонним гемипарезом, еще не обучавшихся грамоте (Gerstman J., 1924). Давно обратили внимание на то, что зеркальное письмо часто осуществляется левшами: «За редким исключением это делают леворукие и только левой рукой» (Ballard P., 1916). Хотя, есть данные (Cornell J., 1985), что у большинства детей в возрасте от 3 до 7 лет обнаруживается спонтанное зеркальное письмо, и оно является необходимым этапом овладения письмом. Но все же в литературе господствует мнение, что зеркальное письмо присуще левшам — здоровым и больным (Allen M.J., Wellman M.M., 1980).

Точных данных о частоте зеркального письма у левшей нет.

G.D. Schott (1980) наблюдал 10 правшей с необратимыми повреждениями правой руки, которые в ходе обучения письму левой рукой некоторые буквы писали зеркально. Автор констатирует, что зеркальное письмо встречается и у здоровых людей, ссылаясь при этом на знаменитых левшей (Льюиса Кэрролла, Леонардо да Винчи), а также на детей.

В литературе подчеркивается связь зеркального письма только с одним признаком левшества — леворукостью. В обычных школах детей, пишущих зеркально, — 0,48%; в школах для детей с физическими дефектами — 1,1%; в школах для умственно отсталых детей — 8% и среди последних праворуких мальчиков — 1,6%, праворуких девочек — 2,8% (Gordon H., 1920). Зеркальное письмо обнаруживается у 31,8% леворуких мальчиков и у 33,3% леворуких девочек; оно встречается в 17 раз чаще среди умственно отсталых, чем среди нормально развивающихся детей (Капустин А.А., 1924)

С.М. Блинков и соавторы (1945) описали зеркальное письмо у 21-летнего левши со слепым ранением левого полушария мозга. Учась в школе, в первых трех классах писал левой рукой зеркально, не без труда научился писать правой рукой. Потом правой рукой писал уже свободно. Будучи уже взрослым сознательно писал зеркально, например, письма знакомым девушкам. Левой рукой колол дрова, бросал гранаты.

В 1943 году ранен в голову (поражены левая центральная и нижнетеменная области, два металлических осколка проникли в левую затылочную область). После ранения установлен абсцесс в глубине левой теменной доли.

У больного было обнаружено сочетание афазии, зеркального чтения и письма на фоне правосторонних спастического гемипареза, гемианопсии, гемигипестезии. После ранения с трудом понимал обращенную к нему речь. Собственная речь также была грубо нарушена: с трудом вспоминал нужные слова, отмечались литеральные парафазии:

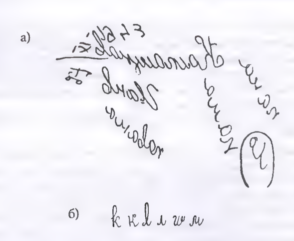


Рис. 3.1. Письмо под диктовку: а) имя, фамилия, дата и слова — стол, мама, папа, Ваня; б) буквы – к, л, м

говорил «Бакедонский» вместо «Македонский», «Бреция» вместо «Греция», «Ебигет» вместо «Египет». О себе говорил в третьем лице, но при этом употреблял глаголы как для первого лица («Он немой, слышу, не выговариваю»). Письмо грубо нарушено: беглое зеркальное письмо (а также списывание) при полном отсутствии письма обычным шрифтом. Писал справа налево, курсивом, разбросано по листу, преобладающим было направление снизу вверх или по диагонали справа налево и вверх (рис. 3.1). Отмечалась также зеркальность по вертикали, русские буквы заменял иностранными, например, вместо «м» писал «w».

Чтение было невозможным в начале наблюдения. Затем появилось зеркальное чтение: «Е» читал как «З», а «Э» — как «Е»... Не мог читать обычный текст вслух, узнавал буквы и некоторые слова произносил в противоположном обычному направлении (врач — чарв).

В описанном случае доминантным по речи у левши авторы предполагают левое полушарие, как и у правшей. Но афазия имела свои особенности: довольно быстро начала регрессировать, сочеталась с зеркальным чтением и письмом. Авторы заключают: «...поскольку афазия наступила после ранения левого полушария, очевидно, что ведущим в отношении речи у нашего больного является левое полушарие, а доминантность правого полушария ограничивается лишь сферой моторики». Допустимо предположение о возможности у описанного больного преобладания левых уха и глаза.

С.М. Блинков, Т.А. Карасева (1965) описали 16-летнего левшу. Начинал писать левой рукой, переучился, стал писать правой. За 2 года до поступления в Институт нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН появились приступы: начинались с судорог в правой ноге, потом в правой руке, голова поворачивалась вправо и нарушалась речь. Потом перед припадком стали появляться парестезии в правой руке. Отмечены: правосторонняя гемигипестезия, легкие нарушения артикуляции в речи. Удалена опухоль левой лобно-парасагиттальной области. После операции наблюдалось нарастание гемипареза до паралича, появились грубые речевые нарушения. Довольно быстро стал ходить. Восстановилась чувствительность. Апраксия в левой руке, нарушение автоматизации движений, персеверации. Ориентирован в месте и во времени. Отвечал односложно. Активная речь почти отсутствовала, употреблял отдельные слова (преимущественно существительные). Аграмматизм, литеральные парафазии, паузы перед или

…. 3.2. Зеркальное отражение зеркального письма больного, как видно, восстанавливает …чный вариант письма

…редине слова, персеверации. Понимание речи сохранено. Писал левой рукой печат… буквами зеркально; мог написать свои имя и фамилию. Списывал справа налево … обычный, так и зеркальный текст; переводил обычный текст в зеркальный. Напи…ное считал нормальным, зеркальный текст и читал летче, чем обычный. На рисун… 3.2 приведено зеркальное письмо этого больного.

Сопоставление зеркального письма больного и его отражения позволяет отметить …нности этого письма. Видно, что некоторые буквы (л, и, я) написаны обычно, …ли становятся зеркальными в отражении. «Перевод» зеркального текста в незеркаль…й дает возможность выявить «ошибки» в написании букв; их нет в написании цифр.

На рисунке 3.3 приведено зеркальное письмо здорового левши.

При сравнении зеркального письма здорового левши с зеркальным его отражением …о следующее: «правильность» зеркального отображения букв; в конце короткого …ста уменьшение величины букв, сокращение расстояния между ними (результат …ожного утомления). Самое важное отличие от письма больного состоит в том, что …кальность в письме здорового произвольна.

Описаны афазия, зеркальные чтение и письмо в сочетании с правосторонней геми…ией у 59-летней (нарушение мозгового кровообращения в левом полушарии), лево…ой, в семье есть левши (Руцонис К.Г. и соавт., 1978). Афазия — моторная с сохранени… достаточного числа слов, произносимых спонтанно или после проговаривания вра… начала фразы. Затрудняется в определении правой и левой стороны своего тела … экстраперсонального пространства. Например, на вопрос, где находится муж — справа

…. 3.3 (а). Фрагмент зеркального письма здорового студента, выполненного левой рукой

или слева от нее, отвечает, что он находится справа, в то время как он находится слева. Часто создается впечатление, что больная отвечает наобум. На вопрос, может ли она двигать правой рукой, отвечает утвердительно, но сама двигает левой рукой. При просьбе написать слова берет карандаш левой рукой, пишет справа налево, произнося слова по слогам правильно. Когда врач просит ее прочесть слово, указывая буквы пальцем слева направо, произносит буквы, не понимая смысла слова, чему сама удивляется. Начинает понимать смысл слова при показе ей пальцем букв справа налево. Афатические нарушения исчезли сравнительно быстро.

В этом наблюдении моторная афазия, зеркальные формы деятельности, пространственные нарушения наступили у левши при поражении левого полушария. Отмечались гностические расстройства, трудности различения левого-правого. Присутствует предметная зрительная агнозия: не узнает предмет зрительно, но идентифицирует его осязанием. Афазия кроме описанных выше особенностей отличается также малой выраженностью и быстрым регрессом.

Афазию с зеркальным письмом при поражении левого полушария M. Critchley считает редким явлением и, как правило, наступающим у левшей. Зеркальное письмо левой рукой у левшей Pick (1925) считал нормальным явлением «вопреки мнению других авторов своего времени» (Руцонис К.Г., 1978). С.С. Калижнюк (1970) описала зеркальное письмо у левшей с церебральными параличами. У девочки 6 лет 8 месяцев (спастическая диплегия с преимущественным поражением правых конечностей) были пальцевая агнозия, почти полный астереогноз справа; слева — узнавание с ошибками, трудности в определении «правое» и «левое», «над» и «под». Мальчик 8 лет 6 месяцев с правосторонним гемипарезом, атетозом рисовал и писал левой рукой справа налево, зеркально.

Изучая феномен зеркального письма, мы обследовали 100 здоровых испытуемых — студентов одного из институтов в возрасте от 18 до 20 лет. Зеркальное письмо выявилось у 10, тогда как леворукими из них были лишь 5 испытуемых. У 5 других, обнаруживших зеркальное письмо, была левая асимметрия слуха.

Левой рукой зеркальное письмо осуществляется легко и быстро. Нередко этот феномен проявляется внезапно у больных или у здоровых левшей, в частности в состоянии утомления. При этом сам левша часто не осознает необычность (противоположность) своего письма и сам удивляется написанному. Многие левши не могут прочитать написанное ими зеркально.

Зеркальное чтение

Встречается реже зеркального письма, и в специальной литературе ему уделено меньше внимания. Возможны различные варианты зеркального чтения. Может быть

Рис. 3.3 (б). Зеркальное отображение фрагмента зеркального письма, выполненного здоровым студентом левой рукой, см. рис. 3.3 (а)

олее всего отвечает названию «чтение зеркально написанного текста». Левша прочи-
вает его столь же быстро, как любой человек — обычно написанный текст. Но зер-
льное чтение не всегда сопутствует зеркальному письму. Некоторые левши пишут
ркально, но прочитать написанное не могут.

Зеркальным называют иногда чтение слогов, слов, фраз в обратном направлении — е слева направо, как обычно, а справа налево. Такое зеркальное прочтение выступает огда изолированно. W. Ireland (1881), вероятно, одним из первых описал у ребен- -левши «выворачивание» (чтение слов наоборот), сочетавшееся с зеркальным пись- м. А.В. Семенович (1991) у левши с поражением левого полушария мозга наблюдала кое чтение слогов: ко — ок, ру — ур, кит — тик.

А.Я. Колодная (1947, 1954) описала больного со слепым ранением левой височно-те- пно-затылочной области, у которого были различные нарушения чтения: зеркально писанные слова он прочитывал быстро и «очень уверенно, самодовольно улыбаясь». несимметричных буквах (е, з, р, к, в) говорил: «Это не буква, надо писать наоборот». казывал, как правильно писать буквы, при этом изображал их зеркально и мог быст- прочитать каждую букву. Когда его попросили прочесть букву «к», он долго смотрел нее недоуменно и приговаривал: «Я знаю эту букву, только вы неправильно пишете, пишете наоборот». Читал слова справа налево, при этом слово «кора» получалась его произнесении как «арок», «вода» — «адов». Произнося слова, приговаривал: «Нет кого слова».

Подобное наблюдение описано J. Lange (1931) у 67-летней больной (нарушение моз- ого кровообращения, правосторонняя гемианопсия). Читала справа налево, буквы ичала хорошо, даже когда они были написаны латинским и готическим шрифтом; ва, написанные неправильно (с ошибкой), читала как правильно написанные.

Больная с гемангиомой левой теменной области, сопровождавшейся правосторонним норированием, нарушениями ориентировки в правом-левом, обычный текст читала рава налево и понимала смысл, но не понимала смысла зеркального текста, читаемого рава налево, хотя правильно произносила слова (букву за буквой). 57-летний больной атомой в глубинных отделах левого полушария писал зеркально, проговаривал слова сла обратно: вместо 523 произносил 3-2-5 (Chia Lie-Gan, Kinsbourne M.,1987).

Зеркальное чтение часто проявляется внезапно. Сочетается с зеркальным письмом, ентами правосторонней пространственной агнозии, нарушениями ориентировки равом-левом, сравнительно быстро регрессирующими нарушениями речи. Необыч- ь чтения обычно не осознается больными, они не способны исправить «ошибку» ния.

Зеркальные движения

Зеркальными называют движения, совершаемые в направлении, противоположном уемому. Так, движения правой руки нормально пишущего человека и левой руки щего зеркально, противоположны — являются как бы зеркальными отражения- друг друга. У здоровых левшей зеркальные движения появляются при утомлении, ении внимания. Важно учитывать возможность возникновения непроизвольных льных движений при отборе здоровых к операторской или летной деятельности. быть обнаружены в специальных пробах, например, при выполнении пробы (Лурия А.Р., 1973). Она заключается в следующем. Врач, сидя напротив больного, его повторить движение, которое он совершает руками. Скажем, врач подносит бородку правую руку и тыльной поверхностью кисти касается нижней его части. е легче повторить движения врача левой (а не правой) рукой. При этом сам он час- е замечает, что повторяет движения врача не той рукой. Указание на неточность изведения может вызвать у левши растерянность или он надолго задумывается,

многократно переводя взгляд с руки врача на собственную руку, повторяющую заданное движение.

Остается неизвестной частота зеркальных движений. В литературе выделяются врожденные зеркальные движения, но вопрос о том, что они присущи левшам, не обсуждается. G.D. Schott (1980) полагает, что зеркальные движения в левой руке заложены генетически, но не получают развития из-за бимануального ингибирования синкинетических движений. Практика все же показывает, что зеркальные движения возникают у здоровых лиц, хотя бы с одним или двумя проявлениями левшества. У больных, обнаруживших в наших наблюдениях зеркальные движения, были левый и такие профили асимметрии, когда моторные и сенсорные асимметрии расходились (скажем, леворукость сочеталась с ведущим правым ухом).

Несмотря на большое число описаний зеркальных феноменов, они мало изучены, почти не систематизированы с единых позиций. Описаны, например, врожденные зеркальные движения (Schott G.D., Wyke M.A., 1981); у 7 больных непроизвольные зеркальные движения отнесены к патологическим: 1) наследственно обусловленные; 2) выявляемые на фоне других патологических явлений; 3) возникающие спорадически. У них также было своеобразное нарушение произношения — усиление модуляции. В возникновении зеркальных феноменов авторы придают значение нарушению одного из основных нервных процессов — тормозного. Считают, что они появляются при одно- и двусторонних поражениях мозга.

Зеркальные движения не бывают лишь одним изолированным проявлением левшества; они могут сочетаться с затруднением (вплоть до полной беспомощности) в определении правого-левого; с зеркальным восприятием, письмом, чтением, рисованием, а у больных также с элементами афазии, алексии, агнозии (симультанной, правосторонней пространственной).

Зеркальное рисование

Зеркальным называют рисование, реализуемое в пространстве наоборот обычному, когда перевернутым на 180° получается весь или часть рисунка. Особенно наглядно зеркальность выступает в копировании несимметричных геометрических конструкций. Она может проявиться и в тесте, где испытуемый должен нарисовать перечисляемые экспериментатором предметы. Взяв карандаш в левую руку, левша начинает рисовать предмет, названный первым, располагая его на правом краю чистого листа, и дальше рисует предметы в названной последовательности, но в направлении справа налево.

Такой вариант зеркального рисования описан у 32-летнего больного с дисфункцией правого полушария мозга и профилем асимметрии, близким к симметричному: Кпр +10, Кпу –5, левая асимметрия ног, симметрия глаз (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1994). При выполнении задания «Пиктограмма» рисунки для запоминания заданных слов больной осуществлял левой рукой, начинал рисовать на правом крае листа и продолжал рисовать далее справа налево.

В.А. Калягин и Г.М. Сумченко (1976) наблюдали 8-летнюю леворукую девочку с симметрией слуха (в восприятии слов), зеркально писавшую некоторые цифры, затруднявшуюся в различении правильно и зеркально изображенных цифр. Девочка могла выполнять счетные операции в пределах первого десятка только с опорой на конкретные предметы, затруднялась в понимании предложенных понятий: верх-низ, левое-правое и т.д.

Описаны варианты зеркального рисования левой и правой рукой при очаговых повреждениях мозга (Мосидзе В.М. и соавт., 1990). В наших наблюдениях зеркальное рисование отмечено у лиц, имеющих хотя бы одно проявление левшества.

Отмечалось «выворачивание» при рисовании в раннем детстве: меняются местами верх и низ, вертикальное и горизонтальное, правое и левое; при этом сам ребенок

…чувствует неправильности, не замечает ее (Stern W., 1915). Семенович А.В. описыва… достаточно часто встречаемый у детей-левшей феномен — поворот рисунка при ко…вании на 90°.

Зеркальное рисование часто сочетается с зеркальными восприятием, письмом, чте…, движениями. Точная частота проявления зеркального рисования неизвестна, … наблюдается достаточно часто в детстве левшей, являясь этапом становления зри…но-пространственных функций. Урежается по мере взросления левши.

Зеркальное восприятие

Под зеркальным понимается восприятие объекта перевернутым на 180°. Выражает… как бы в противоположном (по сравнению с привычным, по опыту наблюдения за …шами) восприятии направления движений, места расположения предметов, опре…нии правой и левой стороны своего тела и любого объекта и т.д. Зеркальное вос…ие может быть приступообразным, составляя основное содержание бессудорож… припадков. Может быть в сновидении, когда знакомая обстановка представляется …вернутой на 180°. Наблюдается и у здоровых левшей в особых ситуациях. Напри… у летчиков, оказавшихся в аварийной ситуации. Крен самолета вправо таким лет…ом-левшей воспринимается как крен влево, и наоборот. Действия по управлению …ной летчик чаще всего совершает в соответствии со своим восприятием, в данном …чае не устраняя, а, напротив, усугубляя аварийность ситуации.

Среди особенностей психической деятельности левшей со склонностью к зеркаль… восприятию особое место занимает трудность ориентировки в правом-левом.

Мы наблюдали 32-летнюю леворукая больную из семьи, где все женщины по линии …ри были леворукими. Жаловалась, что она (как и ее мать) с большим трудом пони…, что такое правое и что такое левое. Например, когда ее мать иногда ищет что-либо …афу и ей подсказывают, что искомый предмет лежит справа, то она «начинает нерв…ть, никак не понимает где правая сторона шкафа». У больной среди многообразных …ступов наблюдались и такие, когда она «путала правую и левую руки». Это бывало … приступов. Так, она поранила левую руку, а щадила — правую руку, чтобы не за… не вызвать боли, да и сама боль «вроде была в правой, а не в левой руке».

Зеркальное восприятие возникает, по-видимому, у больных с определенным …филем асимметрии. Здесь значимо скорее левшество в зрении и слухе. У 45-летней …рукой больной из семьи, где были левши, зеркальное восприятие наступало в сно…нии: «видела комнату перевернутой... окно было справа, а стало слева». У этой …ной зеркальное восприятие касалось только комнаты, где она спит. Она «всю …» плохо различала правое и левое.

Д.Е. Столбун (1934) описал сочетание зеркальных восприятия, письма и рисунка … осторонней пространственной агнозией у больного с поражением левого полу…ия. Например, он рассматривал картину, держа ее вверх ногами, и верно передавал …одержание.

Слуховое восприятие в обратной последовательности

Выявляется в эксперименте при исследовании слухового гнозиса. Врач карандашом …кивает по столу. «Пачка», или группа, состоит из 2, 3, 4 ударов, следующих друг за …ом. «Пачки» отделены друг от друга более длительной временно́й паузой. Последо…ьность может быть разной. Испытуемый должен прослушать удары и повторить … так, как они осуществились врачом. Можно еще больного просить описать сло… структуру постукивания.

Некоторые левши выполняют постукивание в строго обратной последовательно… первой осуществляется бывшая последней «пачка», последней — первая, то есть

задание выполняется наоборот. Такая зеркальность в повторении серии «пачек» ударов описана В.А. Калягиным и Г.М. Сумченко (1976) у 8-летней леворукой девочки (симметрия слуха) вместе с зеркальным написанием отдельных цифр. Она затруднялась и в различении правильно и зеркально изображенных цифр, выполнении счетных операций в пределах первого десятка, ориентировке в направлениях: вверх-вниз, вперед-назад, вправо-влево и т.д.

3.2.2. Особые клинические феномены

Обратные речь и письмо

Представляют собой проговаривание звуков устной и написание знаков письменной речи в строго обратной последовательности, то есть от конца к началу. Оба эти исключительных феномена обнаружены и впервые в литературе описаны Т.И. Тетеркиной (1985) у больной эпилепсией с ЭЭГ признаками поражения левого полушария мозга. В специальной литературе нет других описаний этого феномена, поэтому приведем его и здесь.

Больная В., 35 лет, происходит из семьи, где не было левшей. Считает себя праворукой, но специальные пробы (переплетение пальцев и аплодирование) выполняет как леворукая. При специальном исследовании установлены симметрия ног, ведущий левый глаз, преобладание левого уха в восприятии речи (Кпу –18,5). Выявленные у этой больной феномены — обратные речь и письмо — разобраны затем Ф.В. Олешкевичем, Т.А. Доброхотовой и Т.И. Тетеркиной (1985) и сделана попытка их осмысления Т.А. Доброхотовой и Н.Н. Брагиной (1985). Обратное письмо представлено на рисунке 3.4.

Фрагмент беседы врача с этой больной:
Врач: Как Вас зовут?
Больная: Оксарев Анин Анвонялу (Вераско Нина Ульяновна).
Врач: Что Вас беспокоит?
Больная: Ыпутсирп (Приступы)
Врач: Когда впервые появились приступы?
Больная: Мес тел дазан. (Семь лет назад).
Врач: Какие лекарства Вы принимаете?
Больная: Ниспелниф (Финлепсин).

Чтение самой больной того, что она написала, осуществляется легко и быстро. Оно трудноосуществимо для другого человека (обычно пишущего и читающего), представляет собой сложный многоступенчатый процесс: все предложение читается слева направо, но каждое слово — справа налево (от конца к началу). Пока читающий не разберется в этом написанный текст представляется бессмысленным.
Пишет больная быстро, но в ходе написания испытывает некоторые затруднения. На рисунке об этом свидетельствуют лишние черточки, зачеркнутые буквы. В этих «ошибках» есть как бы своя логика. Так, в первой строчке зависла часть буквы (вероятно «Б»), с которой должно было бы начаться название города (Быхов), но больная быстро переориентировалась на обратное его написание (Евохыб), где заглавной становится последняя буква в этом слове. Первое предложение не отделяется от второго точкой. Она стоит в следующих 4 предложениях. Во втором и третьем предложениях заглавными становятся последние буквы первых слов («Окончила» — «Аличноко»). Обращает внимание, что в «обратном переводе» не пропущена ни одна буква, слова написаны «правильно», только опускается мягкий знак в слове «родилась», который должен быть первым в обратном письме — «салидор».

Я салдор в едорог /
Евохыб
Оличноко юкондерс улоки.
Мотон алачан чатобар
ан едоваз.
Сачиее я юатобар
он едоваз.
~~В~~ ~~ее~~ Я ~~е~~ сачиее
сужоохан у агарв
ан емёчрп.

...3.4. Обратное письмо больной В.

...братные письмо и речь побуждают много вопросов и предположительно опреде... возможные ответы на них. Так, они наталкивают на мысль о возможности их рас...ения как проявления иной, чем в норме, пространственно-временной организа... психической деятельности. К сожалению, в специальной литературе вообще не ...ся вопрос о пространственно-временной организации как о возможном фунда...льном свойстве психики человека. Лишь в единичных исследованиях, где место...жение очага поражения мозга сопоставляется с психическими нарушениями ...ьных с учетом профиля асимметрии последних, сделана попытка рассмотреть ...ее допустить правомерность такого рассмотрения) в качестве фундаментального ...а психики ее пространственно-временную характеристику. Обратим внимание ...на некоторые детали описанного феномена.

...братные речь и письмо осуществляются иначе, чем обычные речь и письмо, в про...стве и времени. Слово «обратное» характеризует именно эту особенность.

...ространственная противоположность представлена на рисунке 3.4 и во фрагменте ...ты с больной. Она выражается в перестановке букв внутри пространства слов. ...ановка не случайная, а «правильная». Эта «правильность» заключается в обрат... принятому) расположении букв в пространстве слова. Поражает точность соблю... обратного направления написания знаков-букв в каждом слове.

...ротивоположно обычным речь и письмо больной осуществляются и во времени. ...ыми проговариваются звуки речи, подлежащие озвучиванию последними. ...слышатся собеседниками больной раньше, чем в обычной, нормальной речи. ...тив, позже, чем надо, озвучиваются первые буквы в слове. Проявленная больной ...ность к обратным (в пространстве и времени) речи и письму не сразу распо...ся здоровым человеком. Вернее, не сразу улавливается «правильность». Речь боль... слышится окружающими как «фразы-абракадабры».

...исанный феномен отличается от зеркального письма: больная пишет не слева на..., а справа налево, буквы написаны правильно — без перестановки правых и левых ...ементов. Поднесение к зеркалу и рассмотрение зеркального отражения такого ...а не помогает (как при зеркальном письме), а еще больше усложняет чтение.

Феномен предвосхищения

Выше представлены виды деятельности, реализующиеся как бы наоборот в пространстве. Но у левшей возможны и феномены, осуществляющиеся как бы наоборот во времени. Среди них описываемый ниже феномен предвосхищения.

Описан впервые в 1977 году (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977). Больные сообщают об этом феномене обычно только при расспросах врача. Выражается в ощущении больных способности «предвидения» будущего события или его переживания, раньше, чем оно случится. Встречается примерно у 5% больных-левшей с очаговыми поражениями мозга; чаще у женщин. Сами больные обычно очень редко говорят врачу об этом явлении по собственной инициативе. Выявляется нередко случайно, при тщательных расспросах и осмотрах больных. Об этом феномене можно, видимо, сказать иначе: больные вдруг обретают способность воспринять событие, которого еще нет, но будет. Предвосхищение может быть во время приступа. Больные-левши в этот момент иногда слышат слова собеседника раньше, чем он их произнесет или видят какое-либо событие раньше, чем оно случится и станет видимым.

На основании обобщения описаний различают три варианта предвосхищения: 1) опережающее восприятие реальной ситуации; 2) в сновидении; 3) в галлюцинаторных образах (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977, 1994).

Первый вариант иллюстрирует следующее наблюдение.

Больной, 33 лет, с поражением правого полушария мозга пришел в кинотеатр. Преобладание левой руки в специальных пробах (Кпр –4,5) и левого уха (Kny –38). Когда уже начался фильм, «стало нехорошо... сердцебиение, появилась тревога и было ощущение, что он все кадры уже видел раньше много-много раз и заранее знал, какой кадр будет следующий».

При характеристике этого явления врач пользуется только самоописаниями больных, иных способов нет. У больных-женщин чаще было поражение левого, у мужчин — правого полушария мозга. Почти у всех предвосхищение сочеталось с ощущением *уже виденного*. Некоторые больные отмечают у себя состояния когда они «знают, что было и что будет». Таким образом имеют место как бы двойные (даже тройные) ошибки восприятия события во времени: вместо одной единственной отнесенности акта восприятия к настоящему времени оно как бы осуществляется в еще отсутствующем сейчас будущем времени, а также касается прошлого времени, то есть относится ко всем трем временам — настоящему, будущему и прошлому.

Предвосхищение в сновидении отмечалось чаще у больных с левым профилем асимметрии. Чаще о нем говорили женщины; называли это «вещим сном». В сновидении таких больных как бы представлялась еще отсутствующая в данный момент ситуация, которая должна осуществиться уже после сновидения. Большое место в этих сновидениях занимала разговорная часть. По совпадению ситуаций — приснившейся и повторившейся, по словам больных, затем в реальной жизни — можно говорить о двух вариантах таких снов: 1) полностью совпадающие, когда «все повторяется точно так, как приснилось», и 2) частично, когда в реальной жизни повторяются лишь детали сновидения.

По содержанию можно выделить два варианта предвосхищающих сновидений: 1) ситуация, зародившаяся задолго до сновидения, являвшаяся для больных остро актуальной, заботившая их; 2) ситуация неожиданная, никогда не бывшая для больных актуальной, значимой, а внезапно возникшая. Самым трудным при осмыслении феномена предвосхищения является его отнесенность к будущему времени.

Предвосхищение в галлюцинаторных образах. Можно, по-видимому, выделить вариант предвосхищения будущих событий в виде галлюцинаций. Феномен неубедительный, требует дальнейших тщательных наблюдений и анализа самоописаний

...:. Но едва ли возможно достичь принципиально большего, чем описывается ... так как феномен не поддается непосредственному наблюдению. Левши резко ...ются от правшей по факту (по данным самоописаний), который можно было бы ...чить как время психического функционирования. Будущее время, включенное ...шей в реализацию только психомоторных процессов (только в будущем времени ... завершиться движение, начавшееся в настоящем времени), у левшей как бы ...ается» в реализацию и психосенсорных процессов, то есть восприятия. Оно ...шей осуществляется в настоящем времени, а получившийся образ становится ...ней содержания прошлого времени только этого субъекта.

...айне трудный для описания и анализа феномен предвосхищения описан в книге ... Доброхотовой и Н.Н. Брагиной «Левши» (1994), в разделе «Необычные формы ...иятия». Приводятся примеры каждого из трех вариантов предвосхищения. Среди ...аиболее убедительны примеры предвосхищения в сновидении (в реальной жизни ...рялись ситуации, приснившиеся левшам некоторое время тому назад).

Расширение зрительного пространства

...ительное восприятие правши ограничено пространством, досягаемым зрением. ...етей и взрослых установлены поля зрения кнаружи, кнутри, вверх и вниз (Ананьев ..., Рыбалко Е.Ф., 1964), учитывающиеся в качестве нормы в инженерной психоло... Так, поле зрения оператора охватывает по вертикали 70° ниже и 60° выше уровня ...по горизонтали до 60° в ту и другу сторону (Котик М.А., 1978). У левшей возможно ...е: 1) близкого, но недосягаемого нормальными полями зрения пространства; ...исходящего очень далеко; 3) близкого, но закрытого преградой. Подобное явле... ...писано как «нарушение схемы поля зрения» (Гуревич М.О., 1939). Речь шла ...ной, поле зрения которой «расширяется в стороны и вверх; больной кажется, что ...идит почти все вокруг себя. Видела очень далеко и очень ярко все детали, каждую ...на дереве во всех подробностях, поле зрения расширялось, видит впереди, позади ...

... наблюдали 44-летнюю больную из семьи, где были леворуки мать и сестра. ...ной установлено преобладание левых ноги и глаза. Удалена менингиома крыль...вной кости справа. С 17 лет «снились только цветные сны». За 9 лет до операции ...странный приступ»: впервые с мужем и дочерями приехала в столицу одной из ...фриканских стран. Вдруг, выйдя из автобуса, испытала ощущение, что она все ...е видела и знает, что находится сбоку, сзади (например, кинотеатр). Все это дей...льно оказалось так. В последующем такие состояния повторялись несколько раз ...комой ситуации. Ранее у больной наблюдались приступообразные явления ...зации и деперсонализации.

...нном случае восприятие больной левши (при праворукости) необычно тем, что ...нты приступов поле ее зрения как бы расширяется в стороны, и она видит все, ... то, что находится сзади нее.

...ширение слухового пространства

...тся в виду слышание звуков, исходящих из столь дальнего пространства, кото... ...может быть достижимым для нормального слуха здорового человека. Это явле... ...о, наверное, обозначить и как «дальнослышание». Возникает обычно в виде ...ов. Но у некоторых больных отмечается и вне приступов.

...етняя леворукая (Кпр –31,7) больная (признаки поражения левого полушария ... левой асимметрией ног и зрения, правой асимметрией слуха (Кпу +47,7) всегда ... правое и левое, а также обнаруживала феномен предвосхищения. Расширение ...го пространства описывала так: «В это все трудно поверить, я как бы шучу… так

многие и думают, когда рассказываю, что вижу то, что находится за спиной… слышу звуки издалека, откуда никто не слышит».

Отличия от правшей по психопатологической симптоматике (в том числе появление особых феноменов) отмечались у лиц, имеющих: 1) левый и смешанный профили асимметрии и 2) семейное левшество.

Далее излагаются синдромы нарушений, изучаемых и подробно описываемых нейропсихологами. Они отличаются от своих аналогов у правшей. В нейропсихологии стали появляться работы, посвященные различиям описываемых нарушений речи, праксиса, гнозиса и т.д. Эти различия явственны и у нейрохирургических больных.

3.2.3. Афазии левшей

Первое описание афазии у левши при поражении правого полушария принадлежит Джексону (1868). Открытие Джексона, что у левшей афазия может быть при поражении правого полушария мозга, и собственные наблюдения заставили Брока сделать допущение, по поводу которого он писал: «существует определенное число людей, у которых естественное превосходство извилин правого полушария мозга изменяет явление, которое я описал, на обратное». Это допущение вошло в литературу как «правило Брока»: полушарие, контролирующее речь, расположено на стороне, противоположной ведущей руке. Стали появляться жесткие формулировки, будто у всех левшей афазия сопутствует поражению только правого полушария мозга; левая рука берет на себя активную роль во всех жестах, движениях, а центры словесной речи расположены в правом полушарии мозга (Ogle W., 1871), и левша, страдающий афазией, всегда имеет гемиплегию левой стороны. Однако проблема афазии у левшей оказалась более сложной, чем считали эти авторы.

В 1899 году B. Bramwell наблюдал афазию у 36-летнего левши (писал левой рукой) с правосторонним гемипарезом. Он назвал ее перекрестной (crossed aphasia) и призвал задуматься над тем, что леворукость не всегда противоположна праворукости в смысле доминантности правого полушария по речи. Но представление о том, что правое полушарие мозга левшей является доминантным по речи таким же образом, как левое полушарие у правшей, уже сложилось (цитата по Пенфильд У., Робертс Л., 1964). Это утверждение долгие годы продолжает повторяться в учебниках и руководствах для врачей вопреки тому факту, что речь и у праворуких больных может нарушаться при поражении правого полушария. Этот праворукий может иметь ведущее левое ухо, в частности, при выполнении задания по дихотическому прослушиванию слов, предъявляемых одновременно на правое и левое ухо (Приложение 1). У леворукого может быть афазия при поражении левого полушария, если у него ведущим в восприятии слов является правое ухо, что выражается в положительном значении Кпу, скажем, +25 (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1994).

Необходимость определения профиля функциональной асимметрии каждого больного осознавалась с давних времен. Она подчеркнута в работах А.Р. Лурии. Он считал необходимым (1947) различение у больных признаков «стертого» левшества. Результаты изучения больных со стертыми признаками левшества А.Р. Лурия обобщил и на основании этого сделал предположение, что у таких больных отсутствуют нарушения речи при грубом разрушении речевых зон левой гемисферы мозга; только у левшей и амбидекстров были стертые формы афазии или полное их отсутствие при проникающих ранениях основных зон речи. Быстрый регресс афазии был отмечен у больных — левшей и правшей, имевших левшество в семье. Это положение подтверждается и уточняется в исследованиях с детальным определением функциональной асимметрии рук и ног, зрения и слуха (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1994). Так, у левши (из семьи левшей)

…авматическим поражением правого полушария мозга нарушения речи проявлялись …шь в особых ситуациях. При спонтанных высказываниях он говорил без затруднений. …дности возникали, когда больной должен был ответить на задаваемые ему вопросы. …пример, всегда правильно называл свою жену; но при вопросе, как зовут его жену, те…ся, не мог вспомнить имя жены и спрашивал у нее: «Как тебя зовут?»

М.К. Шохор-Троцкая приводит наблюдение больного-левши (кровоизлияние … правую височную область) с сенсорной афазией и легким левосторонним гемипаре… Поступил в институт неврологии с жалобами на нарушение понимания речи окру…щих, письма и чтения. Не понимал обращенной к нему речи и не отвечал на вопро… Так, на просьбу показать воротник отвечает: «Как? Воротник? Не знаю, не помню». … этом, хорошо различал близкие по звучанию речевые звуки (ба-па, да-та). В ответ … произнесенное бессмысленное слово обычно говорил, что такого слова нет, напри…, услышав слово «лиздок» говорит: «Не слыхал этого». Понимание коротких и про…х фраз было затруднено. Не понимал инструкций.

Экспрессивная речь была относительно сохранна — правильно повторял гласные …огласные звуки, односложные слова. Были редки литеральные парафазии. Называ… предметов было доступно.

В работах А.Р. Лурии справедливо отмечалась «целая гамма переходов, начиная от …ной и абсолютной доминантности левого полушария и кончая частичным или пол… переходом доминирующей роли к правому полушарию мозга». Это положение …тверждается и расширяется, уточняются варианты путем определения у здоровых …емых и больных асимметрии не только рук, но и ног, зрения, слуха (в воспри… слов) и сопоставления с обнаруживающимися особенностями психических функ…. Особым и чрезвычайно сложным оказался вопрос о доминантном по речи полу…ии мозга у разных (по сочетанию правых и левых асимметрий четырех парных …ов) левшей. У «полных» правшей доминантным является левое полушарие мозга. …оторыми авторами придается особое значение позе руки при письме (Levy J., 1984): …ная (запястье пишущей руки (левой или правой) под строкой (доминантно контр…еральное пишущей руке полушарие) и инвертированная (запястье — над строкой), …ик пера направлен вниз (доминантно ипсилатеральное полушарие). Это утвер…ение не всегда подтверждается другими исследователями.

Если иметь в виду, что у 37% здоровых людей выявляется левшество в слухе (при 5% … руких), можно предположить у левшей множество возможных вариантов афазий …х 1) зависимости от поражения правого или левого полушария и 2) клиническим …влениям, сопровождению другими, не характерными для правшей симптомами. … первому признаку возможны варианты:

- афазия в сочетании с левосторонним гемипарезом возникает у леворуких при поражении правого полушария мозга, если больной — «левша по слуху»; по данным K. Conrad (1949, 1951), у 40,7% леворуких афазия возникает при поражении правого полушария;
- афазия в сочетании с правосторонним гемипарезом возникает у леворуких при поражении левого полушария, если больной — «правша по слуху». По данным K. Conrad — у 38,2% леворуких афазия возникает при поражении левого полушария, по данным Шохор-Троцкой (Бурлаковой) (1997) — у 75% левшей; доминантность полушария по речи она считает необходимым определять по ведущей руке и по наличию левшества в семье — «скрытое и переученное левшество»;
- афазия возникает у праворуких при поражении правого полушария, сочетаясь с левосторонним гемипарезом, если больной «левша по слуху»; среди здоровых — 37% имеют ведущее левое ухо; вероятность возникновения афазии тем выше, чем

больше отрицательный Кпу по величине. В литературе есть разные данные о частоте афазии при этом сочетании: 37,5% (Conrad K.), 1,8% (Zangwill O.L., 1960), 5% (Penfield W., Roberts L., 1959);

- афазия (дисфазия) возможна при поражении того или другого полушария, если у больного — симметрия слуха, сочетающаяся с лево- или праворукостью. Возможны и другие варианты.

Во многих исследованиях под левшами подразумевались лишь леворукие. Асимметрия других парных органов не уточнялась. Разбирались разные особенности нарушений речи у таких левшей. В частности следующие: более слабая выраженность или отсутствие корреляции между локализацией патологического процесса и развитием свойственных этой локализации первичных расстройств речи, частое нарушение экспрессивной речи (48% случаев), реже — импрессивной (24% случаев); при поражении правого полушария у всех больных-левшей А.В. Семенович отметила «широкий спектр дисфазических явлений в экспрессивной речи», в то время как импрессивная речь оценивалась как дефектная лишь у 14% больных (Семенович А.В., 1991).

По М.К. Шохор-Троцкой (Бурлаковой) (1997), «все ведущие афазиологи XX века изучали афазии только правшей, игнорируя особенности афазий у левшей». Такая оценка едва ли справедлива. Действительно, неизмеримо лучше изучены афазии правшей. Но даже в литературе, не относящейся к последним десятилетиям, когда резко усилился интерес к левшам, можно найти далеко не единичные примеры описания афазии у левшей или считающих себя правшами, но имеющих скрытые признаки левшества (Гурова Е.В., 1949; Annett M., 1976). Причем основное внимание в этих описаниях направлено не только и не столько на возникновение афазии при поражении правого полушария, что наблюдается лишь у части левшей, сколько на ее клинические особенности (Визель Т.Г., 1997, 1998).

М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова) (1997), рассмотрев речевые функции у 792 больных с афазией, «признаки левшества» отметила у 240, то есть у 30,3%. Эти больные переучивались писать в дошкольном и раннем школьном возрасте «с левой руки на правую». У 75% левшей афазии возникали при поражении левого полушария.

Лишь у левшей наблюдалась так называемая «проводниковая», парциальная афферентная моторная и «транскортикальная» парциальная сенсорная афазии. При последней наблюдается диссоциация между сохранением способности повторять слова и даже фразы при грубом нарушении понимания речи. Такая «парциальная» сенсорная афазия возникала у явных или парциальных левшей. Транскортикальная сенсорная афазия может развиваться при поражении как правого, так и левого полушария. Отмечались элементы зеркальности в письме (по горизонтали и вертикали). Как и другие авторы, Шохор-Троцкая, отмечает быстрый регресс речевых нарушений у левшей: «у значительного числа больных-левшей на раннем этапе болезни в течение нескольких дней могла произойти настолько полная спонтанная компенсаторная перестройка речевых функций, что позже они не считали нужным обращаться к специалистам по поводу дискомфорта речи». Автор объясняет это парциальным распределением речевых функций у больных с левшеством в левом и правом полушариях, происходящим на фоне сохранности неречевых функций левого полушария, что приводит к формированию в этом полушарии дополнительных речевых зон, например, в задних отделах нижнетеменной области («моторной коры», о которой писал А.Б. Кукуев).

М.К. Шохор-Троцкая в монографии «Речь и афазия» (1997) выделила раздел «Межполушарная асимметрия мозга и проблема афазии у левшей». В книге имеется таблица, отражающая частоту различных форм афазий у правшей и левшей, приводим ее здесь.

…лица 3.1. Частота различных форм афазии у правшей и левшей*

…ные	Формы афазии, (%)						
	акустико-гностическая	акустико-мнестическая	семантическая	проводниковая	моторные		динамическая
					афферентная	эфферентная	
…ши	10,1	9,5	9,8	—	19,8	44,0	5,8
…ши	2,8	11,7	12,9	15,2	17,4	40,1	—

* …з книги М.К. Бурлаковой – Шохор-Троцкой. Речь и афазия. М. Медицина, 1997)

Из таблицы видно, что у левшей реже, чем у правшей, встречается акустико-гности…ая, моторная афферентная и моторная эфферентная афазия; чаще, чем у прав…й, — акустико-мнестическая афазия, и только у левшей отмечена проводниковая …зия. Вне таблицы остались многие другие сравнительные характеристики правшей …левшей, клинические особенности, скорость регресса афазий у левшей, а также сопут…вующие афазиям психические нарушения, не встречающиеся у правшей. Среди них …е описанные выше зеркальные формы деятельности (письмо, рисование), обратные …ь, письмо и другие феномены (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1994). Они упоми…ются в литературе с давних времен (Ireland W., 1881), но серьезного исследования …истематизацией феноменов не было. Данные феномены могут быть и у здоровых …шей. М.К. Шохор-Троцкая считает весьма сложным положение ребенка-левши, …учающегося чтению и письму. В школах обычно используются (за редким исключе…ем) общие для правшей и левшей способы обучения. Но некоторые левши могут рез… отличаться от своих сверстников-правшей в освоении речи и письма, а затем в их …уществлении. Автор называет эти особенности детей-левшей «нарушениями чтения …письма». Возникает вопрос, являются ли все эти особенности левшей нарушениями. …вши могут читать каждое слово в предложении как обычно, слева–направо, так и:

1) справа налево, особенно если это короткое слово (союз, предлог, местоимение): так — кат, но — он, за — аз, дан — над;
2) с центральной части слова: комната — ната, теленок — енок, площадка — адка;
3) в обратной последовательности;
4) с появлением заикания, спотыкания, длительных пауз при просьбе читать быстрее.

Отмечается, что дети-левши способны к тому, чего не могут правши. Например, они …гут свободно произносить целые фразы с обратным следованием звуков в словах. …, сестра и брат — левши (мы уже упоминали их ранее) в детстве во время игр говори… таким образом, чтобы их не понимали окружающие. Записанные произносимые … фразы-абракадабры можно было читать справа налево. Однако нельзя быть абсо…но уверенным, что дети говорили так специально, чтобы их не понимали окружаю…е, то есть осмысленно и целенаправленно произносили слова от конца к началу. …шеству, выражающемуся в действиям рук и ног, особенностях зрительного и слухо…го восприятия, должны (это предположение не может не напрашиваться), наверное, …путствовать соответствующие особенности и других форм психической деятельно…. Они могут быть своеобразной нормой для левшей, вынужденных жить и общаться …равшами, в соответствии с асимметриями которых сложились особенности социаль…го мира, включая обучение в школе, создание бытовой и иной неизмеримо более …жной техники и т.д.

Наблюдения, приведенные в литературе, свидетельствуют, что вариантов афазии …чительно больше, чем на сегодня изучено. Причем многие из них не укладываются

ни в одну из описанных принятых форм афазий. Поэтому требуется тщательное описание афазий у разных левшей. При этом обязательно уточнение проявлений левшества, не ограничивающееся учетом только леворукости.

3.2.4. Апраксии левшей

Апраксия у левшей отличается от апраксии правшей большей частотой, иными, более многообразными, слагаемыми. По Р.Я. Голант и соавт. (1948), апраксии левшей весьма вариабельны, но, к сожалению, все еще малоизучены. Особенности апраксий, порою редкие, у правшей не встречающиеся, разбираются вообще, то есть без учета того, что обнаруживающий эту апраксию — левша или имеет черты левшества. Им не придается значения как факторам, возможно, определяющим особенности апраксии (как и других нарушений психических функций) данного конкретного больного. Д.Е. Столбун (1934) описывает 61-летнего левшу — инженера, заведующего кафедрой математики одного из вузов с нарушением кровообращения в левом полушарии мозга. Еще в детстве заметили, что ребенок многие действия выполняет левой рукой, заставляли отвыкнуть от этого. Писать стал только правой рукой, но левой — шил, застегивал пуговицы. У больного были: 1) парез левой ноги, изменение походки, которые сам не замечал; 2) «расстройство действия» в правой руке (не мог ею манипулировать, когда пользовался инструментами); 3) затруднения в черчении: «в голове все хорошо получается, а вот перевести на бумагу представляет большие затруднения»; 4) расстройство письма: «почерк неровный, буквы неодинаковой величины, строки разлетаются, не там пишу, где нужно»; 5) пространственные расстройства в виде трудностей ориентировки в правой и левой сторонах. В эксперименте чтения бессмысленных слов читает слова и слоги, расположенные на правой стороне (не придерживается строк) В письме: увеличены промежутки между строками, письмо начинает часто не сверху, а значительно ниже; строки начинаются не с левой стороны листа, а с его середины, затем расходятся веером. Устный счет удается лучше письменного: вместо единиц пишет десятки, то есть имеется невнимание к тому, что есть слева, «активное внимание распространяется только в правую сторону». Звуки слева слышит как исходящие спереди или справа, плохо ориентируется в квартире. Таким образом, обнаруживались нарушения, возникающие у правшей при поражении как правого, так и левого полушария, а также специфические расстройства.

Но отличия левшей от правшей по этим (и другим) расстройствам требуют дальнейшего специального исследования. Его осуществление сложно по многим причинам. Одна из них — многообразие левшей по сочетанию левых асимметрий одних парных органов (скажем, слуха, зрения) с правыми асимметриями других (например, рук и ног). Неизученность левшей представляет собой значимый пробел в исследованиях разных форм патологии мозга, клинических ее проявлений, в частности, апраксий. В последние десятилетия исследования левшей расширяются.

Отличия апраксий левшей от их аналогов у правшей могут определяться меньшей (не доведенной до присущего правшам максимума) специализацией функций гемисфер мозга, в частности, отсутствием абсолютной доминантности левого полушария по речи и основанному на ней вербальному мышлению, да и по программированию, последовательному осуществлению действий, достигаемых согласованными движениями всех (правых и левых) частей тела, лица, рук и ног.

Левосторонняя диспраксия — нарушение способности к произвольному управлению движениями левой руки. Описана во многих работах у левшей. В частности больную с левосторонней диспраксией наблюдали Р.Я. Голант, С.С. Мнухин, А.С. Ионтова (1948).

Больная-левша, 55 лет. В мае 1942 г. она перестала говорить, наступила слабость в правой ноге. Потом это прошло. Левой же рукой она действовать по своему желанию не могла, либо действия были неправильны. Иногда не могла прекратить начатые действия. Например, чистя картошку, не могла закончить вовремя действие и начистила целый котел, хотя знала, что этого делать было не нужно. Жаловалась: «левая рука меня не слушает. Я ей прикажу, она не понимает... Она действует независимо от моего желания. Сама лезет в рот, хватает зубы, что берет — не чувствует. Рука стала чужая, ненужная, бездомная...». У больной отмечались правосторонний гемипарез, грубое нарушение мышечно-суставного чувства на левых конечностях, левосторонняя гемианопсия.

Патологоанатомический диагноз: резкая атрофия левой половины мозолистого тела, ...рное сосудистое поражение левого полушария; кистозный очаг в теменно-височно-за...очных отделах правого полушария.

В последующем описаны другие подобные наблюдения. Под названием «феномен ...согласования двигательного поведения» у 28-летней женщины-амбидекстра отме... сложный синдром (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1994), возникший после суб...оидального кровоизлияния, сопровождавшегося левосторонним гемипарезом.

У больной установлена артериовенозная аневризма срединных отделов правого гиппокампа, по поводу которой произведена операция. В первый день после операции отмечалось стереотипное двигательное возбуждение. Временами сонливость и расслабленность. Быстро отвечает на вопросы. Дезориентирована во времени суток: в 14 часов считает, что наступил вечер. Жалуется: «левая рука ударяет меня... хулиганит» или «левая рука раздевает меня». Больная, действительно, была неукрытой сразу после того, как персонал накрывал ее одеялом. Ищет и не сразу находит левую руку. Не может описать ее положение в пространстве. Движения в левой руке сохранены во всех суставах, неловки, размашисты. Левосторонние астереогноз, гомонимная гемианопсия. Грубо нарушено мышечно-суставное чувство в левой руке.

На второй день после операции подолгу сохраняет неудобную позу в постели. Высказывания прежние: «левая рука хулиганит... ничего с ней сделать на могу... вчера она меня ударила по лицу, еле удерживала правой рукой... она меня раздевает все время… раздевает и все, ничего не сделаешь». Обо всем этом говорит спокойно.

На пятый день после операции больная приветлива, полностью ориентирована. Сообщила: «Левая рука не хулиганит... прошло это». Поднимает левую руку. Ощущает ее. Правильно определяет ее положение. Еще остается худшее качество движений левой ...и, если они не контролируются зрением. Остается благодушной.

В этом наблюдении после удаления артериовенозной аневризмы правого гиппокам... проявился сложный синдром, отличающийся отсутствующими у правшей слагае...:

- в отличие от игнорирования левой руки или неиспользования ее, как это бывает у правшей, наблюдалась ее активность, совершение рукой движений, не просто нецелесообразных, но и агрессивных, вредящих больной (рука, по словам больной, «хулиганила» и «ударяла» ее);
- у больной отсутствовали переживания, встревоженности по этому поводу (рассказывала обо всем спокойно, смеясь);
- о левой руке говорила в третьем лице, как об отчужденной от нее части ее тела;
- отсутствовала согласованность действий обеих рук, левая рука больной не подчинялась.

Подобный феномен у леворуких описывается как «раздвоение целенаправленных ...ений и даже всего поведения в целом» (Кок Е.П., 1975).

Требуется специальное изучение и систематизация форм апраксий левшей. В ратуре описаны отдельные проявления апраксии или диспраксии левшей. Напр легко провоцируемое у левшей в условиях эксперимента зеркальное письмо или р вание может рассматриваться в ряду диспраксий.

Если у правшей повторяются одни и те же формы апраксий, то у каждого левши раксия отличается от присущей правшам в такой степени, в какой иными явл признаки левшества и специализация функций полушарий его мозга.

3.2.5. Агнозии левшей

У всех правшей обычно соблюдаются общие проявления разных агнозий. Воз ют они при поражении одних (для всех правшей) отделов мозга.

У левшей возможны: большая, чем у правшей, частота агнозий; иные, чем у шей, более многообразные клинические их особенности; меньшая выраженность и лее быстрый регресс; сочетание с другими психопатологическими и неврологичес симптомами; возникновение предметной, лицевой, пространственной агнозии при ражении левого полушария. Например, у левши описана правосторонняя простр венная агнозия при поражении левого полушария, тогда как у правшей возникает сторонняя пространственная агнозия при поражении правого полушария (Добро ва Т.А. и соавт., 1996). Обращает на себя внимание то, что эта агнозия у левшей не яв ся полностью аналогичной левосторонней агнозии правшей; она может сочетаться с птомами, возникающими у правшей при поражении левого полушария мозга.

Правосторонняя пространственная агнозия развивается при поражении ле полушария мозга. Клинически проявляется картиной, аналогичной левосторо пространственному игнорированию при поражении правого полушария мозга шей. Больной игнорирует то, что находится справа от него. J. Lange (1931) одним из вых указал на то, что у левшей возможно игнорирование правосторонней гемипл на просьбу показать правую руку, они не говорят, что она неподвижна, а показ врачу левую руку и не понимают своей ошибки. С.В. Бабенкова считает правосто нюю пространственную агнозию большой редкостью. У всех больных, у которых обнаружила этот феномен, было отмечено левшество — «врожденное или скр В.И. Корчажинская и Л.Т. Попова отметили такую агнозию у 18 левшей и амбид ров; она сочеталась с различными вариантами нарушений речи, что не позволяет зать развитие этого синдрома с «неполной доминантностью по речи левого по рия». Д.Е. Столбун описал сочетание описанной агнозии с зеркальными воспри письмом и рисунком.

Если исходить из представлений об агнозиях, сложившихся в ходе изучения шей, то можно сказать, что агнозии левшей непредсказуемы. Так, лицевая аг у левши возникла при поражении левого полушария, сочеталась с амнестической зией, отчуждением смысла слов, замедлением восприятия предметных изображ Интересные проявления правосторонней пространственной агнозии при пораж левого полушария описаны А.В. Семенович (1991), к сожалению, не сопоставле с профилем асимметрии больных. Излагаются жалобы больных: «вновь ощуща вую и правую половины туловища не связанными друг с другом»; правая рука лась бесформенной, толстой, не своей». При двуручном выполнении теста с д Сегена больной левой рукой активно ощупывал фигурки; правая рука, находящ доске, была бездеятельной. На вопрос экспериментатора «А где же гнездо для фигуры? Ищите!», больной спохватывался: «Ах да, надо вложить», на несколько переключал внимание на правую руку, а затем опять начинал манипулировать т левой рукой.

...ьное изучение агнозий левшей должно включать в себя обязательное опре... ...офиля функциональной асимметрии, различение левшей: полных, то есть ... только левые асимметрии органов чувств и движений (практически отсутст... ...встречаются крайне редко), и обнаруживающих левые асимметрии одного, ...ех парных органов.

... изложение психопатологии поражения мозга левшей, уместно подчерк... ...щие ее отличия от присущей правшам:

- ... разие нарушений, в отличие от правшей, у которых обнаруживаются два ... психических нарушений: при поражении правого и левого полушарий;
- ... феноменов, не встречающихся у правшей (зеркальные формы деятель... ..., обратные речь и письмо, предвосхищение событий).

...ющие у правшей феномены отмечены у имеющих левый и смешанный ...симметрии, а также семейное левшество. Все особенности свидетельствуют ... у правшей, пространственно-временной организации психической дея... ...левшей.

... психических нарушений у левшей, изучаемая психиатрами и нейропсихо... ...ически почти не изучена. Задача будущих исследований — дифференци... ...смотрение психопатологической и нейропсихологической симптоматики ...нии с профилем функциональной асимметрии.

Глава 4

Психопатология двустороннего и срединного поражения мозга

Доброхотова Т.А., Сиднева Ю.Г.

При поражении обоих полушарий и срединных структур головного мозга обычно наблюдаются грубые психические нарушения. В этой главе обсуждается психопатологическая симптоматика при диффузном поражении обоих полушарий в результате ЧМТ, нарушении мозгового кровообращения, а также опухолях хиазмально-селлярной области, III желудочка, поражениях мозолистого тела, моста и продолговатого мозга.

Психические нарушения наблюдаются преимущественно при супраселлярной локализации опухолей с направлением роста в сторону базальной коры лобной области, боковых и третьего желудочков; также могут появляться или усиливаться при спонтанных опорожнениях кист. В литературе описаны «острые психотические состояния «онирической структуры», амнестический синдром, нарушения ритма сна и бодрствования (Шмарьян А.С., 1949); зрительные и обонятельные галлюцинации, акинезия до ступора, шизофреноподобная картина с кататонией (Доброхотова Т.А., 1966); маниакальное состояние; корсаковский синдром и т.д. (Белый Б.И., 1969, Вяземский Н.М., 1964, Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1974). Клиническая картина поражения срединных структур состоит из зрительных, эндокринных, экстрапирамидных нарушений, проявлений гипертензионно-гидроцефального синдрома и психических расстройств (Шмарьян А.С., 1949; Вяземский Н.М., 1964; Абашев-Константиновкий А.Л., 1973). Так, у больной с нераспознанной при жизни аденомой гипофиза имели место ранняя аменорея, преходящая гипертония, стенокардия, приступообразные головные боли, обмороки и катаплектоидные состояния, постоянное ощущение усталости; в психиатрической больнице, куда она поступила, отмечены астения с нарушением сна, конфабуляторное переживание прошлых воспоминаний (Доброхотова Т.А., 1974). При новообразованиях III желудочка корсаковский синдром нередко сочетается с гипертензионно-гидроцефальной симптоматикой, проявлениями несахарного диабета (Голант Р.Я., 1950; Легконогов В.А., 1973; Hecaen H., Ajuriagerra J., 1956).

А.С. Шмарьян (1949) описал маниакальное возбуждение, дисмнестический синдром, онейроидное, делириозное состояния и другие психические расстройства после удаления опухолей базально-диэнцефальной локализации. Н.М. Вяземский у 36-летней больной с опухолью гипофиза (после хирургических манипуляций в области серого бугра) наблюдал маниакальное состояние «в оправе сноподобной оглушенности с переходом в патологический сон и корсаковский синдром». Акинетический мутизм с застываниями встречался при эпидермоидной кисте III желудочка (Cairns H. et al., 1941; Воронина И.А. и соавт., 1998), описаны близкие к акинетическому мутизму состояния с резким снижением целенаправленной двигательной и речевой деятельности — олигокинезия и олигофазия при опухолях диэнцефальной области, врастающих в III желудочек (Linde, 1933; Carins H.,1941; Шмарьян А.С., 1949; Вяземский Н.М., 1964; Воронина И.А. и соавт., 1998). После удаления коллоидной кисты III желудочка у больных отмечены корсаковский синдром, акинетический мутизм, акинезия без мутизма или мутизм без акинезии. Галлюцинаторно-бредовые синдромы возникают после

удаления краниофарингиом (Коновалов А.Н. и соавт., 1998; Доброхотова Т.А. и соавт., 1999). Редкими считаются психозы после операций на задних отделах срединных образований. Шмарьян А.С. отмечал, что исходным пунктом развития психопатологических симптомов и синдромов могут быть подкорковые и стволовые механизмы, но они всегда остаются корковыми нарушениями, то есть возникают после вторичного функционального нарушения коры.

Клиническая картина психических нарушений, возникающих у некоторых больных после операций на гипоталамо-таламических образованиях, определяется, по-видимому, многими факторами (Брагина Н.Н. и соавт., 1997, Коновалов А.Н. и соавт., 1998). Показана значимая роль вариантов топографии, гистологической структуры опухоли, объема оперативного вмешательства (Воронина И.А. и соавт, 1998, Доброхотова и соавт., 1998, Доброхотова и соавт., 1999). Малоизученным остается вопрос о возможном значении нарушений внутреннего гомеостаза, в частности водно-электролитных сдвигов, в формировании клиники и особенностей течения послеоперационной психопатологической симптоматики. По-видимому, существуют определенные закономерности, отражающие влияние нарушений внутреннего гомеостаза в виде гипо- и гипернатриемии на психическое состояние больных с опухолями хиазмально-селлярной локализации. Отмечено, что гипернатриемия сопровождает продуктивные психопатологические состояния в виде рече-двигательного возбуждения, аффективных проявлений, галлюцинаторно-бредового синдрома и др.; гипонатриемия выявляется у больных с изменениями психической деятельности в сторону снижения или угнетения ее активности, вплоть до сомноленции, сопора; отмечена у больных с аспонтанностью, акинетическим мутизмом, спутанностью и др.; особо резкие колебания содержания натрия крови (в норме 135–145 ммоль/л) обнаруживаются у больных, чье общее и психическое состояния характеризуется изменчивостью, полярными состояниями. Психопатологические синдромы могут быть кратковременными, соответствуя разовому повышению уровня натрия, но при осложненном течении послеоперационного периода носят более стойкий характер.

Описано особое психическое развитие детей с дизонтогенетическими опухолями, например, краниофарингиомой (Доброхотова Т.А., 1974; Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977). Условно можно говорить об их опережающем развитии. До 5–10-летнего возраста они напоминают взрослых (в литературе таких детей характеризуют как «маленьких старичков»). Они отличаются малой двигательной активностью, недетскими манерами и целесообразностью поведения, взрослыми оборотами речи, серьезностью, усердием, стремлением к порядку, хозяйственностью, расчетливостью и бережливостью, рассудительностью, склонностью к нравоучениям, редко выходят за пределы раз и навсегда заведенного порядка. В первых классах такие дети лучше успевают, приходя из школы, сразу садятся за уроки, поднимаются лишь тогда, когда все задания выполнены, учебники и тетради сложены в портфель. Охотно занимаются кропотливой ручной работой, требующей усидчивости и аккуратности. Запоминают много стихов и песен. Могут быть музыкально одарены. По мере взросления все более очевидны отставание от сверстников в росте, половом развитии, склонность к полноте, жажда, быстрая утомляемость, слабость. В 5–7-м классах они по успеваемости сравниваются со сверстниками, а в старших классах начинают отставать от них. В юности не испытывают любовных привязанностей, спокойно минуя пору восторгов, раздумий и сомнений, охотно дружат с младшими по возрасту. В зрелом возрасте отличаются малой инициативностью, неспособностью к пересмотру устоявшихся взглядов, снижением творческих возможностей.

При поражении обоих полушарий и срединных структур головного мозга обычно наблюдаются грубые психические расстройства, сложные по структуре, нередко сочетающиеся с неврологическими, эндокринными и зрительными нарушениями. Рассмотрим некоторые варианты нарушения психической деятельности подробнее.

4.1. Эмоционально-личностные расстройства при двусторонних и срединных поражениях мозга

При поражениях обеих лобно-височных областей возникают пароксизмальные вспышки гнева, ярости, злобы. Больной, который только что был спокойным, относительно упорядоченным, вдруг без какого-либо повода становится злобно-агрессивным. Может ударить собеседника, сбросить со стола посуду с едой. Такие приступы продолжаются обычно недолго. По окончании приступа к больному возвращается благодушное настроение.

Возможны постоянные (непароксизмальные) нарушения эмоциональной сферы, поведения. L. Welt (1887) впервые описала эйфорию при абсцессах, опухолях, кровоизлияниях и размягчениях орбитальной поверхности обеих лобных долей, с давних пор рассматривающихся как «центр» воли и высших уровней эмоций и личности (Flechsig P., 1908). L. Welt отметила резкие изменения характера и поведения, дурашливость, нелепые поступки. Для эйфоричных больных, в отличие от гипоманиакальных, характерны не заразительная веселость и выразительное поведение, а дурашливый неуместный хохот, нелепые замечания и шутки, непродуктивность деятельности, иногда истощаемость и даже слабодушие. Больные подвижны. Много шутят, громко смеются. Вовлекаются в разговоры, не имеющие к ним отношения. Во время бесед с врачом постоянно отвлекаются, обмениваясь, например, репликами с соседями по палате. Развязны, лишены чувства дистанции. Комментируют действия и высказывания беседующего с ними врача. У больных отсутствует беспокойство по поводу своего состояния. Они игнорируют симптомы болезни, например, снижение зрения вплоть до слепоты. Беззаботно относятся к предстоящей операции. Их суждения о болезни формальны, лишены адекватного ее переживания. Больные не расспрашивают врача о характере своего заболевания. Могут сказать: «Даже в голову не пришло спросить, болею ли я». Никаких жалоб не высказывают. Иногда отрицают свою болезнь, столь очевидную для окружающих. В ответ на разъяснения о серьезности заболевания, необходимости операции называют врача «перестраховщиком». Часто стереотипно просят их выписать, говоря, что «дома все восстановится». При повышенной речевой активности и кажущемся облегчении течения речевых ассоциаций внимание неустойчиво. Экспериментальные исследования при помощи сюжетных и юмористических картин Бидструпа выявляют фрагментарность восприятия и неспособность оценить картину в целом. Замечая только отдельные эпизоды, несущественные детали, больные строят на них суждение о всей картине. Толкование носит случайный характер.

Перманентные эмоционально-личностные нарушения также часты при опухолях хиазмально-селлярной области, в частности при краниофарингиомах. В клинической картине патология эмоциональной и волевой сферы зачастую сочетается с неврологическими и эндокринными нарушениями, расстройствами зрения, гипертензионно-гидроцефальной симптоматикой.

Эмоционально-волевые расстройства проявляются главным образом в виде безразличия к окружающему и к своему состоянию, снижения инициативы, бедности мимики и моторики. У больных теряется интерес к работе и привычным занятиям, они становятся молчаливыми, вялыми, малообщительными. В беседе монотонны. Отвечают только на заданные вопросы, чаще односложно, без подробностей. Пассивно подчиняются указаниям родственников и медицинского персонала. Страдает эмоциональное восприятие болезни при формальном ее осознании. У больных с краниофарингиомами

апатия нередко сочетается с ослаблением памяти, рассеянностью внимания. Больные забывчивы, переспрашивают по несколько раз одно и то же, не могут вспомнить текущие планы, путаются в анамнезе болезни, порою неточно ориентированы во времени.

Ниже описаны психические нарушения у больного с краниофарингиомой в до- и послеоперационном периоде.

Больной П-кий, 25 лет, правша. Второй из четырех детей ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. В школе учился «средне», окончил радио-электронное училище. Работал на асфальтовом заводе (в цехе по производству битума).

За год до поступления в Институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко заметил снижение зрения больше на правый глаз, появилась утомляемость, вялость, сонливость в течение дня. Ухудшилась память — стал забывчивым, не удерживал новую информацию, переспрашивал в разговоре одно и то же по несколько раз. При обследовании амбулаторно выявлено объемное образование головного мозга. Поступил в институт, И/б 1853/02.

При обследовании: острота зрения справа 0,4, слева — 0,01, поля зрения изменены по битемпоральному типу с наличием относительной центральной скотомы, на глазном дне диски зрительных нервов с побледнением, артерии узкие. Диффузная мышечная гипотония. Пангипопитуитаризм. При МРТ выявлена гигантская опухоль III желудочка.

Психическое состояние до операции характеризовалось снижением инициативы, вялостью, малой заинтересованностью в беседе, эмоциональной уплощенностью, отсутствием переживания своего состояния. При нейропсихологическом обследовании больной был сонлив, замедлен. Жаловался на ухудшение памяти. Однако инструкцию усваивал быстро, программу не терял. Выявлены нарушения праксиса.

Нарушение слухоречевой памяти в виде сужения объема, патологического влияния интерференции на процесс воспроизведения следов, отчетливо выступали явления проактивного торможения (предыдущий материал препятствует запоминанию последующего). Нарушения избирательности мнестических следов, в виде контаминаций серий слов, а также включений близких по смыслу слов. Пересказ короткого рассказа возможен с подсказками. Отсроченно воспроизводит основную идею и героев с незначительными искажениями. Зрительная память: сужение объема, явления инертности, на следах памяти обнаруживаются зеркальные ошибки. Мышление в целом сохранно, страдает динамическая сторона. Толкование морали сказки и сюжетной картины в целом адекватно, с тенденцией к опоре на конкретно-ситуационные признаки. Заметны расстройства серийного счета в виде потери промежуточного результата, трудностей перехода через десяток, зеркальных ошибок.

1.07.02 — транскраниальное удаление краниофарингиомы III желудочка транскаллезным доступом (хирург — акад. А.Н.Коновалов).

В первые сутки после операции у больного наблюдалось эпизодическое речедвигательное беспокойство. Был дезориентирован в месте и времени, некритичен к своему состоянию. Однако при этом оставался доступным осмотру. Нарастания очаговой неврологической симптоматики не наблюдалось. Гемостаз в пределах нормы.

В течение последующих суток после операции двигательного беспокойства не наблюдалось, восстановилась ориентировка в месте и времени. Психическое состояние в целом оставалось на дооперационном уровне.

На 7-е сутки после операции больной был активнее, живее и разнообразнее в своих эмоциях. Охотнее вступал в беседу, более быстро и развернуто отвечал. В процессе осмотра задавал вопросы относительно своего состояния: «Как я — нормальный?». При этом сохранялись нарушения запоминания и удержания новой информации, недавних событий. Например, не мог перечислить что ел на обед (20–30 минут назад), не помнил о самом факте обеда и просил обед снова. В течение дня несколько раз переспрашивал одно и то же, забывал, на какое исследование ходил несколько часов назад. Переживание своих явных ошибок было недостаточное.

При повторном нейропсихологическом исследовании бросалось в глаза увеличение спонтанности и общей активности больного. Задавал вопросы по существу заданий. Интересовался, лучше ли стал выполнять их. Появилось больше реплик по ходу выполнения заданий. Остались расстройства зрительного гнозиса. Тактильный гнозис умеренно нарушен в обеих руках. Кинестетический праксис в целом несколько улучшился, оставались грубые зеркальные и топологические ошибки при выполнении задания левой рукой. Перенос позы затруднен с обеих рук, больше слева. Пересказ короткого рассказа более развернутый, чем оригинал (с некоторыми приукрашиваниями в русле сюжета). Толкование морали лаконично и по существу.

Психическое состояние в дооперационном периоде у описанного больного характеризовалось заметными нарушениями в эмоциональной и волевой сферах. Расстройства в основном проявлялись в виде снижения инициативы, вялости, бедности реакций, эмоциональной уплощенности, недостаточного переживания и осознания своей болезни. Ухудшение памяти заключалось в снижении запоминания текущей информации и последних событий. При нейропсихологическом обследовании выявилось выраженное нарушение нейродинамики в виде замедленности, инертности психических процессов, а также трудности программирования и контроля.

Послеоперационный период протекал с положительной динамикой. Больной выглядел более активным, стали разнообразнее и его эмоциональные реакции. Он охотно поддерживал беседу, задавал интересующие вопросы относительно своего состояния. Однако сохранялись расстройства памяти: больной не удерживал новую информацию, путал последние события. Возникновение в первые сутки после операции эпизода спутанности с дезориентировкой в месте и времени, двигательным беспокойством связано, скорее, с реакцией мозга на хирургические манипуляции в области III желудочка.

Таким образом, описанные у больного психические нарушения можно квалифицировать как эмоционально-личностные и мнестические, представленные фиксационной амнезией. Описанная симптоматика предполагает вовлечение в патологический процесс глубинных (срединных) структур; есть знаки функциональной слабости лобно-теменных отделов левого полушария. В послеоперационном периоде можно отметить уменьшение общемозговой симптоматики в сочетании с некоторым увеличением признаков заинтересованности заднелобных и теменных отделов правого полушария (влияние хирургического доступа). Следует отметить, что вышеперечисленная психопатологическая симптоматика сочеталась с эндокринными нарушениями (пангипопитуитаризм).

4.2. Транзиторная глобальная амнезия

Транзиторная глобальная амнезия (ТГА) занимает особое место среди описанных в литературе амнезий. Она наступает внезапно и носит преходящий характер.

Описывается в литературе с 50-х годов XX века под разными названиями: «эпизоды спутанности сознания с амнезией» (Bender F., 1956), «transient global amnesia» (Fisher S.M., Adams R.D., 1964; Patten B.M., 1971; Fischer S.M., 1982; Miller J.W. et al., 1987), «amnestische Episoden» (Muller D., 1975; Frank G., 1981), «transitorische globale amnesie» (Flugel K.A., 1975), «transient partial amnesia» (Damasio A.R. et al., 1983), «multimodal amnesic syndrome» (Damasio A.R. et al., 1985), «syndrome de Korsakoff aigu et transitoire» — «острый транзиторный корсаковский синдром» (Destee A. et al., 1985).

ТГА определяется как внезапно наступающая неспособность запечатлевать в памяти текущие события, которая продолжается в течение 15 минут и более, но менее 48 часов. По мнению D. Feuer и J. Weinberger (1987), проявляется на фоне «сохранного сознания,

высших познавательных функций и непосредственных реакций». Но описаны наруше-ния памяти и на прошлые события в виде преходящей полной беспомощности боль-ных в воспроизведении своего имени, возраста, семейного и социального статуса, бли-жайших прошлых событий.

Развивается обычно после кратковременного нарушения сознания; это не всегда подчеркивается в литературе, но весьма значимо в общей картине синдрома. Основны-ми в ней являются фиксационная, кон- ретро- и антероградная амнезия: больные не мо-гут воспроизвести события, имевшие место мгновение тому назад, когда была кратко-временная утрата сознания, не запоминают текущие события — в данный момент во-круг них происходящие; не в состоянии вспомнить события, происходившие непосредственно перед перерывом сознания; возможна амнезия и на события, которые происходили уже после того, как больные производили впечатление запоминающих все происходящее.

Фиксационная амнезия (незапоминание текущих событий) при ТГА, как правило, кратковременна — длится минуты. Затем больные начинают осознавать себя, запоми-нают происходящие вокруг них события.

Ретроградная амнезия выражается в утере всех знаний, даже о самих себе. Так, Л.Г. Ерохина и соавт. (1987, 1995) у 3 из 9 наблюдавшихся ими больных ТГА развилась на фоне преходящего расстройства сердечного ритма. Больные были неспособны вспомнить свои действия за несколько часов до этого состояния, не помнили, что они только что ели, забывали о всех происходящих вокруг них событиях и своем собствен-ном состоянии. Ретроградная амнезия имеет глобальный характер: у больных выпада-ют знания о самих себе, возрасте, профессии, месте работы, семье, своих близких, а так-же о тех событиях, которые происходили за дни или недели до внезапного наступления ТГА. Особенность ретроградной амнезии, проявляющейся в рамках ТГА, заключается в быстром ее регрессе.

ТГА может быть отсроченной по времени. Так, у 28-летнего актера приступ насту-пил через месяц после легкой черепно-мозговой травмы в момент, когда он вышел на сцену (Ерохина Л.Г. и соавт., 1987, 1995). Вдруг обнаружилось, что он не в состоянии вспомнить ни одной фразы из хорошо ему известной неоднократно сыгранной роли. Был растерян, не понимал, что с ним происходит, потерял ориентировку во времени. При нейропсихологическом исследовании выявлены нарушения кратковременной па-мяти, выражавшиеся в невозможности запомнить серии слов, осмыслить и повторить сложные по синтаксической структуре предложения, прочитанный рассказ, в затрудне-нии при счете через десяток. Затем у больного развились интенсивные головные боли. Все эти нарушения регрессировали через 8–19 часов.

В момент наибольшей выраженности ТГА больные себя ведут и относятся к своему состоянию по-разному. Чаще всего они выглядят недоумевающими, растерянными, беспомощно повторяют: «Что со мной случилось?», активно пытаются вспомнить себя, свой возраст, профессию, личный и социальный статус. Для получения необходимых представлений о самих себе и о том, как и почему оказались в лечебном учреждении, прибегают к помощи окружающих, целенаправленно расспрашивают их. В меньшем числе случаев они не столь активны, даже вялы, адинамичны во время приступа ТГА и сонливы после него. На период расстройства сознания часто наступает амнезия (Ерохина Л.Г. и соавт, 1987). У ряда больных могут отмечаться предвестники в виде вку-совых и обонятельных галлюцинаций, двигательных и речевых автоматизмов (Macek Z., 1978). Некоторые больные во время приступа скорее даже расслаблены, благо-душны, смеются, как бы удивляясь исчезновению знаний о самих себе, много говорят.

K.A. Flugel (1975) различает три формы «органически обусловленной» амнезии: 1) в рамках «функционального психоза» — глобального психического расстройства;

2) вызванная сочетанием общего и локального нарушения деятельности мозга; 3) «локальный вид» амнезии.

Предшествующая ТГА и определяющая ее структуру утрата сознания обусловлена, по-видимому, преходящим функциональным разобщением полушарных и срединно-стволовых структур, что возможно при ЧМТ, даже легкой. У больных с преимущественным или изолированным поражением левого полушария, в частности при легком или среднетяжелом ушибе лобно-височных его отделов, ТГА предшествуют кратковременные нарушения речи. Она быстро регрессирует, и при уже восстановившемся практически полном речевом общении с больным выявляется картина ТГА с выпадением воспоминаний или знаний больного о самом себе (имени, возрасте, своей профессии, семье, близких и родных). Выпадают знания, полученные в предшествующие развитию ТГА недели, месяцы, а иногда и годы. Больные спрашивают, кто они и где они, когда и как оказались в этом месте, кто их окружает, с кем они сейчас разговаривают, какой идет год, что с ними случилось и какие события происходили до того, как они поступили в стационар.

Ретроградная амнезия у всех больных суживается по одному и тому же закону: первыми восстанавливаются знания или чувственные образы событий, самых отдаленных от настоящего времени, то есть момента проявления ТГА. Чувственные образы прошлых событий оживляются строго в той же последовательности, в какой и происходили отраженные в них события: в направлении от начала к концу, если за начало принять период времени, с которого начинается ретроградная амнезия. Последними оживляются образы событий, происходивших непосредственно перед началом острого расстройства мозговой деятельности.

По F. Reisecker et al. (1985), дезориентировка, беспомощность и спутанность обусловлены остро наступающим нарушением запоминания. Одни авторы (Corston R.N. et al., 1982) считают, что в момент ТГА сохраняются личностные особенности больных, другие авторы (Kritchevsky M. et al., 1988, 1989) отмечают их пассивность, безынициативность.

H.H. Green и D.R. Bennet (1974) описали 52-летнего здорового человека, у которого внезапно во время сна утратилась способность к запоминанию текущих событий и воспроизведению прошлых. При обследовании существенных отклонений не обнаружено. Через 4 часа началось восстановление памяти, которое полностью завершилось через 24 часа. На основании данных ЭЭГ сделано предположение, что эпизод мог быть связан с возникновением эпилептической активности в медиальной части височной доли.

У большинства больных бывает один эпизод ТГА, но возможно ее повторение (Corston R.N. et al., 1982). По данным J.W. Miller et al. (1987), у 14% из 273 больных наблюдалось больше одного эпизода ТГА в сочетании с сильными головными болями.

Подчеркивается значение нейропсихологических исследований для уточнения состояния различных психических функций, особенно мнестических (Ерохина Л.Г. с соавт.,1987; Regard M., Landis T.,1984; Hodges J.R, Ward C.D., 1989; Hodges J.R., Warlow C.P., 1990; Stillhard G. et al., 1990). Описаны трудности удержания в памяти серии из 4 слов, невозможность передачи смысла небольшого рассказа; больные не помнили, ели ли они; не узнавали только что беседовавшего с ними врача. Возникали трудности в счете при переходе через десяток. Выявлялись зрительно-пространственные расстройства. Нарушалось различение цветов, запахов, высоты звуков, тональности музыки. Больные были дезориентированы во времени, в месте (не могли найти свою палату, кровать), не узнавали окружающих, постоянно задавали одни и те же вопросы и тут же забывали ответы на них (Ерохина Л.Г. и соавт.,1997). Caffara P. et al., (1981) описали 56-летнюю больную с нарушениями восприятия пространства и времени, утратой памяти на недавние события; мнестические нарушения начали регрессировать через

…часов и исчезли на следующий день; остался «провал памяти» на период ТГА. Говоря о глобальном характере амнезии, авторы подчеркивают, что она охватывает все виды памяти (зрительную, слуховую, пространственную и др.). Kritchevsky M. et al. (1988) ретроградную амнезию описывают как «пятнистую»; она охватывала прошлые события, случившиеся до ТГА в промежутке времени от 36 часов до 4 лет. Эти больные плохо копировали сложные фигуры.

При помощи позитронно-эмиссионной томографии у 56-летней больной (праворукой, но с левшеством по зрению; имеющей из 7 детей двух леворуких дочерей) в момент обнаружения ТГА установлено снижение метаболизма в правой лобной области (Baron J.C. et al., 1994).

Logar Ch. et al. (1981) показали отсутствие или различные варианты нарушений при ЭЭГ. Из 30 больных в возрасте от 36 до 81 года ЭЭГ была нормальной у 12 и патологической — у остальных. С увеличением срока ТГА нормальная ЭЭГ учащалась. Отмечено замедление ритма в височных отведениях (Jensen T.S. et al., 1981), появление медленных волн в височно-лобных отведениях (Logan W., Sherman D.G., 1983).

При КТ в ряде случаев была обнаружена различная патология головного мозга (ишемические поражения, атрофические процессы, кистозные образования и др.), а в части случаев отклонений от нормы не выявлялось (Bogousslaysky et al., 1991; Colombo A., Scarpa M. et al., 1988; Logar Ch. et al., 1981).

При изучении кровоснабжения мозга у 5 больных в одном случае отмечено глобальное уменьшение дебита мозгового кровотока (ДМК) со значительным падением в нижневисочной и лобной областях слева; в другом — уменьшение его в височной области справа, а в 3 остальных нарушения ДМК не было (Trillet M. et al., 1987).

Данные о длительности ТГА многочисленны и примерно одинаковы: от 1 до 24 часов (Frank G., 1981); от 2 до 24 часов, в среднем 11 часов (Haas D.C., Ross G.S., 1986); от 5 минут до 24 часов (Flugel K.A., 1975). По мнению большинства исследователей, амнезия продолжается от нескольких минут до 24 часов. Есть лишь единичные описания (Regard M., Landis T., 1984) длительности ТГА около месяца.

Обсуждается вопрос о возрасте, в котором возникает ТГА. C.M. Fisher и R.D. Adams считали, что этот синдром свойственен пожилому возрасту. Часты утверждения и других авторов, что этот синдром возникает у пожилых людей (старше 50 лет), страдающих сосудистыми заболеваниями мозга, мигренью. Однако ТГА описана и у больных других возрастов: у 9 больных с нетяжелой (mild) черепно-мозговой травмой в возрасте от 11 до 28 лет (Haas D.C., Ross G.S., 1986), у больных в возрасте 55–56 лет (Macek Z., 1978), 5–84 лет (Zukerman E. et al., 1985), 45–75 лет (Frank G., 1981), 26–76 лет (Ерохина Л.Г. и соавт., 1987).

J.W. Miller et al. (1987) наблюдали эту амнезию продолжительностью от 15 минут до … часов у 277 больных: при мигрени — у 14,1% из них; при сосудистых заболеваниях мозга — у 11,2%, а в 33,4% случаев ТГА предшествовало сильное напряжение. По данным этих авторов, частота ТГА в Рочестере — 5,2 на 100000 человек в год.

Разбирается вопрос о половой принадлежности больных с ТГА. Одни авторы (Frank G., 1981) считают, что она чаще встречается у женщин, другие отмечают ее одинаковую частоту у лиц обоего пола (Zukerman E. et al., 1985).

Со времени первых описаний ТГА в литературе появилось множество работ с анализом разных сторон проблемы. Приводится число наблюдавшихся случаев: 320 (Muller D., 1975), 213 пожилых людей со стабильной психикой, не злоупотреблявших алкоголем, не имевших в анамнезе эпилепсии и мигрени (Corston R.N. et al., 1982); более 100 документально подтвержденных случаев ТГА, развившейся на фоне полного благополучия у лиц в возрасте 40–59 лет без признаков сердечно-сосудистой недостаточности, больные «мгновенно» переставали усваивать новый материал

(Logan W. et al., 1983). Высоковероятна возможность частого невыявления быстро преходящей ТГА. Так, она может проявиться сразу после легкой ЧМТ и полностью регрессировать к моменту поступления больного в стационар. То, что ТГА имела место до поступления больного в стационар, можно предположить, если есть соответствующие записи врачей скорой помощи, осмотревших пострадавшего на месте происшествия и наблюдавших его по пути в стационар.

В литературе нет данных о прицельном изучении, есть ли различия в клинических проявлениях ТГА у правшей и левшей. Лишь в единичных работах встречаются формальные указания на количество правшей и левшей среди изученных больных (Bogusslavsky J., Regli F., 1988), но ничего не говорится о том, имеются ли различия по частоте, этиологии, структуре и срокам регресса ТГА у левшей и правшей.

Многочисленны высказывания об этиологии и патогенезе ТГА. Она описана у больных, страдающих приступами мигрени (Haas D.C., Ross G.S., 1986), у больных с нарушениями мозгового кровообращения (Logan W. et al., 1983; Jensen T.S. et al., 1981; Reisencker F. et al., 1994), при преходящей ишемии области, кровоснабжаемой базилярной артерией (Flugel A.K., 1975), при инфаркте таламуса (Rousseaux M. et al., 1991; Bogousslavsky J. et al., 1991; Gorelic P.B. et al., 1988; Goldenberg et al., 1991) и после ЧМТ (Доброхотова Т.А. 1994; Ерохина Л.Г. и соавт., 1995).

D. Muller (1975) описал 75-летнюю больную без выраженных неврологических и соматических нарушений, у которой внезапно развились ретроградная амнезия, нарушилась ориентировка в месте и времени, появились тревожная растерянность и недоумение (не понимала, где находится); это состояние длилось в течение одного дня, затем способность к запоминанию полностью восстановилась. Автор допускает возможность интоксикационного генеза ТГА. J. Bogusslavsky и F. Regli (1988) придают значение в этиологии ТГА перенесенному асимптомному инсульту, W. Logan и D.G. Sherman (1983) — ишемии лимбических структур головного мозга вследствие микроэмболии. A. Colombo и M. Scarpa (1988) считают ТГА доброкачественной формой транзиторной ишемической атаки. Предполагается роль следующих факторов: резкого переохлаждения (например, при погружении в холодную воду), тяжелых физических нагрузок (Fisher C.M., 1982), сильного эмоционального переживания, продолжительного наклона головы в процессе зубоврачебных манипуляций (Vacek J., 1985), преходящей ишемии в вертебро-базилярной системе (Jensen T.S. et al., 1981), гипертонической болезни, диабета, заболеваний сердца (Corston R.N. et al., 1982), опухоли мозга, злоупотребления алкоголем.

Для иллюстрации ТГА, особенностей проявления, клинического контекста и обратного развития этого синдрома, характера поражения мозга, сопряженного с развитием этой амнезии, приводим клинические наблюдения.

Первое наблюдение

Больная Е-ва, 24 лет, преподаватель музыки, правша из семьи, где не было левшей. Установлен правый профиль асимметрии: коэффициент правой руки (Кпр) +60; правая асимметрия ног и глаз; изменения коэффициента правого уха (Кпу) за время наблюдения представлены ниже.

В Институт нейрохирургии поступила с места происшествия (сбита машиной, когда переходила улицу); И/б 94754. На основе данных комплексного исследования установлен диагноз: легкая закрытая ЧМТ; сотрясение головного мозга. В институте находилась 10 дней.

Сразу после падения от удара машиной потеряла сознание. Через 10 минут открыла глаза. Хотела что-то сказать, но получилось только «какое-то мычание». Через 7–10 минут могла уже произносить слова, но они получались искаженными. Речь восстановилась быстро: речевое общение было полным примерно через 20 минут после случившегося.

Больная с недоумением произнесла: «Я все забыла... кто я... что и кто со мной... где я и почему здесь оказалась». По описанию врача скорой помощи, активно расспрашивала обо всем пока ее везли в институт. Была возбуждена, много говорила, выясняя, куда и зачем ее везут, что же с ней случилось, кто ее осматривает.
Продолжала расспрашивать о себе и в институте. Через 20 минут после того как начала задавать вопросы, как ее зовут и кто она, у нее восстановились все знания о самой себе (имя, возраст), семье (вспомнила, что у нее есть дочь, правильно назвала ее возраст), роде своей деятельности и месте работы (она музыкант, преподает музыку в школе). Больная вспомнила и могла уже воспроизвести все, что было сегодня до получения травмы. Не помнила, как произошла сама травма. Говорила, что начала переходить улицу: «бежала, чтобы успеть дойти до середины улицы». На этом обрываются собственные воспоминания больной. После некоторого «провала» воспоминания начинаются с того, как она лежит в карете скорой помощи и ей «что-то суют в руки... это была моя шапка». Около нее были люди, «склонившиеся» над ней, а также то, что «все было забыто и сама у всех обо всем расспрашивала».
Уже через 13 часов после травмы больная говорила оживленно, быстро выполнила задание с таблицей Шульте, все предъявленные для запоминания 10 слов воспроизвела после второго предъявления. В течение 2 дней состояние больной можно было квалифицировать как гипоманиакальное: настроение было веселым, много говорила, а речь была быстрой, мимика — живой и выразительной. Гипоманиакальный синдром проявлялся на фоне симптомов активации стволовых структур: частые мигательные движения, защитный рефлекс при вызывании роговичных рефлексов, истощающийся горизонтальный нистагм в обе стороны, больше вправо, усиление оральной активности, облизывания губ, миоклонии лицевых мышц, диссоциация сухожильных рефлексов по оси тела.
На третьи сутки после травмы на первый план выступает совокупность нарушений, квалифицированная как астенический синдром: ощущение общей слабости, сонливости, нарушения сна, «рассеянность», физическая и психическая истощаемость. Внешне больная выглядела усталой, менее быстрой, на вопросы отвечала с паузами. Эти явления проявлялись на фоне головных болей и головокружений. Выявлялась амнезия на момент травмы. Несколько раз у больной наблюдались приступы двух видов. Во время первых она на мгновение ощущала измененность, «нереальность» внешнего мира. В моменты вторых наступал «наплыв мыслей».
Дважды — в день травмы, во второй половине, когда уже почти восстановились все воспоминания, и больная хорошо запоминала происходящее, и на 10-й день, когда были уже маловыраженные, по существу, исчезающие симптомы гипоманиакального состояния, сменяющегося астенией, проведено исследование асимметрии слуха методом дихотического прослушивания слов. Кпу равнялся соответственно +9 и +66.

Таким образом, за 10 дней после сотрясения мозга ТГА оказалась лишь одним из эта... быстро сменяющих друг друга психопатологических синдромов: кома — моторная ...ия (очень быстро регрессировавшая) — ТГА, выражавшаяся в утере знаний о самой ..., своем личном и социальном статусе (регрессировала примерно за 20 минут, оста... лишь конградная амнезия на короткий промежуток времени) — гипоманиакальный ...ром — астеническое состояние. ТГА развилась у больной с сотрясением мозга; ЧМТ ...провождалась кратковременной комой, обусловленной преходящим функциональ... разобщением срединно-стволовых и полушарных образований. Последующие нев...тические признаки активации стволовых структур сочетались с кратковременным ...маниакальным состоянием.

Следует обратить внимание на отсутствие у больной фиксационной амнезии. Она ...а сообщить врачу обо всех событиях, происходивших после того, как в машине ...ой помощи пришла в себя.

ЭЭГ на следующий день после травмы: на фоне сохранного альфа-ритма отмечены негрубые общемозговые изменения, свидетельствующие о раздражении диэнцефальных образований с несколько большим влиянием на правое полушарие.

Второе наблюдение

Больная У-ва, 45 лет, инженер. Считает себя правшой, профиль асимметрии не определялся. Живет с мужем и дочерью. Страдает гипертонической болезнью, случались «обмороки». Со слов сослуживцев, в конце рабочего дня, ожидая лифт, упала на лестничной площадке. На короткое время потеряла сознание. В течение первого часа после падения доставлена в Институт нейрохирургии. Пробыла в клинике 19 дней; И/б 85753.

При поступлении больная дезориентирована: ничего не может сказать о случившемся, не знает, куда и кто ее привез, где сейчас находится, не в состоянии сообщить врачу, где она живет, какова ее семья, где и кем она работает. При этом нет встревоженности из-за очевидной всем окружающим ее беспомощности. Часты паузы в ответах. Отмечен правосторонний гемисиндром, проявлявшийся сглаженностью правой носогубной складки, повышением сухожильных и периостальных рефлексов справа.

На основе данных комплексного обследования установлен диагноз: закрытая ЧМТ, ушиб левой височной области средней степени тяжести.

При КТ выявлен участок умеренного понижения плотности мозгового вещества в задневисочной области; желудочковая система не изменена.

На следующий день после травмы больная лежит в постели спокойно. Активизируется с приходом врача. Быстро понимает все задаваемые вопросы. Правильно называет себя, место своей работы, состав семьи. Знает, что находится в больнице. На вопрос, когда сюда поступила, улыбаясь и даже смеясь, отвечает: «Говорят, что вчера... сама я ничего не помню». При расспросах врача выясняется, что последнее, что она помнит и на чем обрываются все ее воспоминания, — это состоявшиеся за 2 дня до травмы похороны сотрудника. Помнит, как «шли после похорон по кладбищу». Больше ничего из случившегося за 2 прошедших дня не помнит. Этим она вовсе не обеспокоена. Преобладает благодушный фон настроения. Во время беседы часто начинает смеяться. Хихикая, произносит: «Ой, как интересно! Вы спрашиваете, а я ничего не помню!».

На 4-й день после ЧМТ сообщила: «Вспомнила все постепенно уже вечером того же дня и на следующий день». Хотя при расспросе выясняется, что больная помнит только утренние события дня травмы. Сообщает, что собиралась на работе отметить день своего рождения, «очень волновалась, расстроилась из-за того, что не достали торта». Утром сотрудники пошли в магазин, «хотели купить подарок». Дальнейшие события знает только со слов сотрудников, навещавших ее в институте. Собственных же воспоминаний о бывших событиях у нее нет. Например, о том, как она вышла из кабинета, чтобы подняться на лифте. Около лифта стоял сотрудник, которому больная сказала, что у нее «закружилась голова... стало дурно». После этих слов упала. Сразу была вызвана скорая помощь. Повторяя то, что ей известно со слов сослуживцев и о чем у нее нет никаких собственных воспоминаний, больная остается благодушной. Она допускает частые вынужденные паузы в разговоре, так как не может быстро подобрать нужные по ходу рассказа слова, часто употребляет неподходящие по смыслу слова. Этих трудностей в подборе слов, очевидных для окружающих, сама больная не замечает.

Благодушный фон настроения нивелировался к моменту выписки — к 19-му дню после ЧМТ. При выписке больная была адекватна в своем эмоциональном поведении. Исчезли трудности в подборе слов, отмеченные при предыдущих осмотрах. Оставалась амнезия на события до падения, а также на период примерно 20–25 минут после. Больная проявляла озабоченность. Активно расспрашивала врача, как ей следует себя вести, «чтобы не повторилось все это».

Обращают на себя внимание благодушный фон настроения, сопровождающий ТГА, …очетающиеся с ней речевые нарушения в виде амнестических западений и вербаль… парафазий. В динамике ретроградная амнезия значительно сократилась (примерно …часа), сохранялась конградная амнезия.

Прогноз восстановления памяти и других психических процессов при ТГА считается …оприятным (Riesecker F. et al., 1985), хотя очевидна его зависимость от характера по…ения мозга и преимущественного повреждения тех или иных структур. Необходимое …ние определяется особенностями основного заболевания. В литературе есть данные …использовании физостигмина и лецитина при лечении больных с антероградной ам…зией и хорошем восстановлении при этом вербальной памяти (Goldberg E. et al., 1982).

….3. Акинетический мутизм

Представляет собой сочетание акинезии и мутизма при потенциальной сохранно… двигательных и речевых функций. Описан в 1921 году Parhon и Ballif (*летаргиче… …й энцефалит*); в 1933 году — Linde у больной кавернозной гемангиомой, исходящей …ножки гипофиза, заполнявшей III желудочек и доходившей до ножек мозга и черной …бстанции, сдавливая базальные ганглии, зрительный бугор и внутреннюю капсулу; …1936 году — Stern у больных энцефалитом Экономо, а также Grotjahn — у 7 больных …опухолями III желудочка. Но чаще в литературе упоминается описание H. Cairns, …C. Oldfield, D. Pennybacker (1941) 14-летней больной с эпидермоидной кистой III же…лочка. «Акинетический, или трансоподобный, мутизм» они характеризовали сле…ющим образом. Больной спит больше, чем в норме, но легко может быть разбужен; … не издает никаких звуков и лежит в состоянии полной инертности и только глаза …имательно смотрят на наблюдателя. Взгляд больного следует за движением объектов …иногда может быть привлечен звуком. Вопреки пристальному взору, который, кажет… обещает речь, больной совершенно нем или отвечает редко знаками. Часто повто…емые команды могут быть выполнены, но вяло, замедленно и не в полной мере. …о обычно не совершается никаких волевых движений; отсутствуют какие-либо про…ления беспокойства, сопротивления и негативизма. В эмоциональном плане также …блюдается «почти исключительно послушание». Болевые воздействия вызывают …флекторное одергивание конечности и, если воздействие продолжается, может поя…ться слабое произвольное движение на удаление источника раздражения, но обычно …з жалоб, стонов или других проявлений в ответ на болевую стимуляцию. Больной … готовностью глотает пищу, но ее приходится вкладывать в рот. Пища распознается … таковая, но, очевидно, восприятие ее вкуса и других ее характеристик снижено; пище…е продукты, которые в норме жуются, могут проглатываться целиком. Наблюдается …держание мочи и кала. Иногда (не часто) наблюдается декортикационная ригидность.

Развитие акинетического мутизма постепенное. В некоторых случаях возможен …онтанный регресс синдрома, но при неблагоприятном течении болезни может быть …етение сознания вплоть до комы. При неполном развитии синдрома больной …еменами способен отвечать словами, хотя замедленно и односложно, или жестами. …оследние могут сопровождаться грубым тремором конечностей.

В последующем появились работы других авторов. «Полная акинезия и мутизм» опи… Н.М. Вяземским у больного после рассечения мозолистого тела с целью подхода … опухоли III желудочка, а также у 49-летней больной после удаления парасагиттальной …нингиомы, воздействовавшей на обе лобные доли (больная была сонливой, адинамич…, склонной к застыванию в одной позе, на вопросы не отвечала, отворачивалась от …ча, закрывала глаза; «этот мутизм перемежался психомоторным возбуждением, когда

больная гримасничала, подмигивала»). Акинетический мутизм нередко наблюдается при окклюзионной гидроцефалии. Оба главных симптома могут быть выражены в степени олигокинезии, олигофазии у больных с опухолями хиазмально-селлярной области (Шмарьян А.С., 1949; Вяземский Н.М., 1964).

Возможны только мутизм без акинезии или акинезия без мутизма. В.П. Берснев и соавт. (1994) описали мутизм у детей после нейрохирургических операций. В одном случае мутизм развился у 15-летнего больного после двусторонней стереотаксической гиппокампотомии и правосторонней таламотомии. Во втором наблюдении у 12-летней больной мутизм проявился после субтотального удаления астроцитомы, исходившей из дна IV желудочка и враставшей в червь и полушария мозжечка.

Особенности развития, клиническую структуру и регресс акинетического мутизма иллюстрирует приводимое ниже наблюдение.

Больная Б-а до указанной операции наблюдалась в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко в течение 10 лет. Четырежды обследовалась в стационаре института; И/б 100731; 2974/94; 2787/95; 1307/96.

Правша. В семье левшей не было. Живет с мужем и двумя взрослыми детьми в Якутии. Работала кондитером. Отличалась трудолюбием, высокой ответственностью в отношении работы и семьи. Немногословна, «сдержанна», «идеальная хозяйка».

В 27 лет возникла галакторея, в 37 лет при сроке беременности 33 недели появились периодические головные боли в лобно-височной области, глазных яблоках, которые сопровождались «дующим шумом» в правом ухе. Снизилось зрение на правый глаз, появились двоение предметов, шаткость при ходьбе, общая слабость, сонливость. В республиканской больнице проведено кесарево сечение, больная направлена в Институт нейрохирургии. При МРТ обнаружена опухоль шишковидной железы, распространяющаяся на пластинку четверохолмия, охватывающую цистерну. Больной был проведен курс дистанционной гамма-терапии в суммарной дозе 60 Гр с хорошим клиническим эффектом.

Состояние ухудшилось спустя 8 лет. Возобновились головные боли, появились тошнота, головокружения, двоение предметов, снизилось зрение на правый глаз. Развились общая слабость, утомляемость. При повторном обследовании в институте выявлены снижение произвольной активности, ослабление памяти, умеренно выраженная неврологическая симптоматика со стороны четверохолмия (ограничение движений глазных яблок кнаружи, вверх, ослабление реакции зрачков на свет и оптонистагма, повышение вестибуло-вегетативных реакций). При КТ определялась опухоль в задних отделах III желудочка, умеренная гидроцефалия. Осуществлена стереотаксическая биопсия опухоли. Выявлена некротизированная ткань с сегментоядерными лейкоцитами, нитями фибрина. Опухолевая ткань не обнаружена. Выписана с улучшением после курса дегидратационной терапии.

Спустя 11 месяцев — третье поступление в институт из-за усиливающихся головных болей, двоения в глазах, общей слабости, вялости, нарастающего безразличия к своему состоянию. При ЯМРТ исследовании выявлено объемное образование в области шишковидной железы с фрагментом, выполняющим задние отделы III желудочка, меньшей частью — охватывающую цистерну. Пластинка четверохолмия не дифференцировалась. От зрительных бугров и ножек мозга — повышенный гомогенный сигнал, что могло быть обусловлено постлучевыми изменениями. III и боковые желудочки гидроцефально расширены.

Находясь в институте, до операции больная общалась с соседями по палате. Слушала их, задавала вопросы, сама рассказывала о себе и своей семье. Приходила в соседнюю палату, пила чай с другими больными. Отличалась сдержанностью, немногословностью, чистоплотностью.

13.12.95 проведено удаление анапластической эпендимомы пинеальной области супрацеребеллярным доступом (хирург — академик А.Н. Коновалов). Интраоперационно установлено, что опухоль инфильтрировала задние стенки III желудочка, плотно

срасталась с четверохолмием, галеновой и базальными венами. С целью доступа к опухоли была пересечена верхняя передняя вена мозжечка.

Выход из наркозного сна был замедленным.

На вторые сутки после операции — эпизод двигательного возбуждения: пыталась встать, отталкивала от себя всех, громко говорила. Успокоилась после введения седативных препаратов. С третьего дня после операции резко снизились побуждения к речевой и двигательной активности. Лежит в кровати с закрытыми глазами, не меняя позы. При обращении к ней открывает глаза, тихим голосом медленно и односложно отвечает на вопросы, сама их не задает. Не знает о проведенной операции. Дезориентирована во времени. Сохраняются глазодвигательные нарушения, появился диффузный экстрапирамидный синдром и легкая правосторонняя пирамидная недостаточность. С четвертого дня перестала отвечать на вопросы. Лежит неподвижно в неудобной позе (голова спущена с подушки, ноги упираются о заднюю стенку кровати, тело изогнуто). Не предпринимает никаких усилий, чтобы поднять голову выше и положить на подушку, выпрямить тело и расположиться прямо на спине, отвести ноги от стенки кровати. Самостоятельно не ест (кормление через трубку). По собственной инициативе не делает попыток втянуть в рот жидкую пищу из чашки. По просьбе врача втягивает пищу в рот. Держит ее во рту, не глотая. Совершает одно–два глотательных движения при повторении врачом просьб «втяните кашу и проглотите». На короткий миг мимика оживляется при тормошении, похлопывании, просьбах изменить положение в постели. Оживление быстро исчезает, больная остается неподвижной в прежней позе. При отсутствии ответов на вопросы врача, полной неподвижности больная следит взглядом за действиями врача. Поняла и выполнила просьбу закрыть глаза один раз, если хочет ответить «да, буду есть», и два раза, если собирается ответить «нет». Но закрывала и открывала глаза очень медленно. Выполнила повторенную многократно просьбу врача показать на пальцах свой возраст (37 лет): трижды подняла пальцы обеих рук, затем 5 пальцев одной и 2 пальца другой руки. Выполнила еще несколько речевых инструкций: подняла руки, с трудом их удерживала, раньше опустилась левая рука. Не выполнила инструкции открыть рот и показать язык. Лежала уже неподвижно, никак не изменяясь во внешнем облике при последующих обращениях врача. Мочилась в постель, продолжала далее лежать в мокрой постели, не сделав никакого усилия, чтобы позвать персонал для смены белья.

Такое состояние длилось 3 дня (с третьих по шестые сутки после операции). На 6-й день наметились изменения. Лежала в крайне неудобной позе: на краю кровати, так как постель в середине была мокрой (мочилась в постели за полчаса до прихода врача). Казалось, что ей вообще трудно удержаться на краю, не соскользнув в среднюю часть кровати. Впервые произнесла (но очень тихо) слово «да» в ответ на предположение врача, что она, по-видимому, лежит в мокрой постели. Одновременно сама (без напоминания врача) стала совершать очень медленные движения руками, чтобы удержаться в прежней позе. Медленно повернула голову в сторону вошедшего в палату врача.

Двигательная и речевая активность больной постепенно оживлялась. Это было особенно заметно на 16-й день после операции, когда к больной приехал сын. Как только его увидела, лицо ее явно изменилось, оживилась мимика, резко расширились глаза от удивления. Но больная не ответила на приветствие сына, не произнесла ни слова. Примерно через час появились односложные ответы. Так, сказала сыну: «Купи», когда тот спросил, хочет ли она выпить кофе. Первые ее фразы состояли из одного–двух слов. Потом стала говорить чаще и более развернуто, но не спонтанно, а лишь в ответ на вопросы. При контрольной КТ выявлены остатки опухоли в пинеальной области, больше слева, умеренное расширение желудочковой системы.

На 17-й день, когда к больной подошли врач и сын, она лежала в неудобной позе — на краю кровати, так как постель была мокрой. Но больная выполнила простые инструкции. Более выразительны признаки оживления мимики. Когда больную кормили, уже не задерживала пищу во рту, глотала.

Далее стала опрятной в постели. Начала есть самостоятельно. Совершала все больше спонтанных движений и целенаправленных действий. Стала садиться в кровати. Пересаживалась с кровати на стул. Самостоятельно поднималась, совершала утренний туалет, одевалась. Начала ходить по палате и по коридору отделения, держась за сына, вскоре — самостоятельно. Занималась лечебной гимнастикой, быстро уставала. Оставалась негрубая правосторонняя пирамидная недостаточность.

В дооперационном периоде у описанной больной отмечались астенические явления. Акинетический мутизм развился на третьи сутки после операции. Ему предшествовали замедленный выход из наркозного сна с последующим кратковременным усилением психической активности, в виде речедвигательного возбуждения, потребовавшего специальной седативной терапии. Можно условно выделить несколько стадий акинетического мутизма у данной больной.

Первая стадия — «вхождение» в акинетический мутизм: на 3-й день резко снижаются побуждения больной к двигательной и речевой деятельности (замедленность движений, отсутствие спонтанной речевой активности, но односложно отвечает в ответ на расспросы окружающих). Иначе говоря, акинетический мутизм не возникает внезапно на фоне нормального двигательного поведения, полной и адекватной речевой активности.

Вторая стадия — выраженный акинетический мутизм (4–6-й день после операции). Характеризуется отсутствием побуждений к спонтанной двигательной и речевой активности (сохранение одной и той же позы, даже самой неудобной, мочеиспускание в постели, отсутствие каких-либо речевых ответов). При этом у больной сохранены не только подчеркиваемые в литературе фиксация взора и слежение, но и полное понимание речевых обращений окружающих, возможность выполнения подсказываемых врачом действий, хотя и быстро обрывающихся без повторения инструкций и подсказок.

Третья стадия — постепенный регресс акинетического мутизма. Начиная с 7-го дня после операции, от больной можно было получить односложные ответы при настойчивых многократных просьбах собеседника. Эта стадия наиболее длительна (более 20 дней). Выполнение действия и произнесение односложных ответов только по подсказке врача сменяется спонтанными (по инициативе больной) высказываниями, упорядочением поведения, восстановлением способности к самообслуживанию.

По клиническим проявлениям акинетический мутизм сравним с синдромом аспонтанности при поражении левой лобной доли (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977; Белый Б.И., 1987). Общее в обоих синдромах — резкое снижение вплоть до исчезновения произвольного начала в поведении, а также двигательной и речевой активности. Как и при аспонтанности, у больных с акинетическим мутизмом нет инициативы, отсутствует эмоциональное переживание своего состояния. Аспонтанность отличается от акинетического мутизма возможностью инициировать у больного определенные движения и высказывания, стимулируя его повторениями просьб; также могут наблюдаться двигательные и речевые стереотипии. В данном случае можно предположить роль возможной «изоляции» лобных отделов полушарий в формировании преходящего акинетического мутизма после операции.

Очень важен вопрос, почему у описанной больной после операции развился акинетический мутизм, затем полностью регрессировавший и составивший лишь один этап послеоперационного восстановления. Могло оказаться значимым влияние хирургических манипуляций на структурах задних отделов III желудочка, перевязки верхней передней вены мозжечка, высвобождения галеновой и базальной вен от опухоли, что, возможно, обусловило венозный стаз. Это могло определить снижение активирующих влияний указанных структур на лобные отделы мозга, что, по-видимому, обуславливает сходство акинетического мутизма и аспонтанности (синдрома поражения левой лобной доли).

…4. Психопатология поражения варолиева моста и продолговатого мозга. Педункулярные галлюцинации

В литературе имеются различные упоминания о частоте и характере психических …шений при поражении варолиева моста и продолговатого мозга. По P. Shuster …2), они являются постоянным компонентом клинической картины; наблюдается …кий круг нарушений — от эпизодических психотических (нарушения сознания) …стойкой картины патологической сонливости, резких расстройств памяти, затормо…ости или состояний ажитированного возбуждения с аффектами маниакальной …уры (при поражении передних отделов ствола). Описаны нарушения, напоми…ющие прогрессивный паралич. Психические нарушения отмечены в 38% случаев ин…трирующих опухолей ствола (Arseni C., Goldenberg M., 1959).

Острые преходящие психозы после операций на варолиевом мосте, мозжечке, про…ватом мозге, по Н.М. Вяземскому (1964), возникают реже, чем при операциях на …ших полушариях, межуточном мозге. Отмечены отличия структуры и динамики …озов при стволовой патологии — быстрое нарушение и восстановление сознания …торичным функциональным угнетением корковой деятельности» (Шмарьян А.С., …: больные, выведенные из «сноподобного сопора», правильно отвечают на вопро… сообщают анамнестические сведения. У этих больных А.Л. Абашев-Константинов… (1973) отметил относительную сохранность личности, возможность кататонопо…ого синдрома с амимией, общей скованностью. Им описаны:

- приступы обонятельных галлюцинаций (астроцитома варолиева моста);
- состояние легкого оглушения, «парциальные сенсорные и двигательные припадки» (глиома ствола мозга);
- речедвигательное беспокойство, отвлекаемость, грубая дезориентировка в месте и времени, речевое возбуждение. Наблюдавшийся больной (адвентициальная саркома ствола) много говорил, отвлекался, шутил, пребывал в беспечно-благодушном настроении, у него было грубо нарушено внимание, он испытывал обонятельные галлюцинации, не узнал пришедшую к нему жену, о себе говорил как о здоровом. У другого больного (диффузная астроцитома ствола мозга) отмечались дезориентировка в месте и во времени, двигательные персеверации, благодушно-беспечное настроение и нарушение памяти, нечеткая речь с гнусавым оттенком.

Психические нарушения при поражении ствола мозга изучены недостаточно. …вными считаются патология сознания, памяти, эмоциональные и психомоторные …шения, редкими — галлюцинации. В 1922 году французский невропатолог и пси…р Jean Lhermitte (1877–1959) описал так называемые *педункулярные галлюцинации* … опухолях или воспалительных изменениях, геморрагии, интоксикации в покрыш… среднего мозга, в области IV желудочка, ножек мозга. Зрительные галлюцинации …являются в вечерние часы, перед сном, вызывают удивление. Больной видит обра… животных, птиц, они подвижны, но безмолвны, окрашены в естественные цвета. …аллюцинациям больные, как правило, относятся критически, без страха, тревоги, …окойства; они понимают болезненный характер образов. Однако по мере нараста… галлюцинаций может присоединиться страх, нарушается сон. Преимущественно …ают зрительные обманы: одушевленные, подвижные; появляются обычно в ве… время (Гуськов В.С., 1965).

Педункулярные галлюцинации затем описаны и другими авторами (Van Bogart L., 1927; …a P. et al., 1968; Miyakawa T., 1976; Cambier J. et al., 1987; De la Fiente Fernandes R. et. al., … Parisis D. et al., 2003).

А.Л. Духин (1962), изучивший большой материал Украинского нейрохирургическо-го института, не выявил ни одного больного с галлюцинациями при ясном сознании. Педункулярный галлюциноз, по А.Л. Абашеву-Константиновскому, проявляется в структуре нарушенного сознания. Им отмечается неврологическое сопровождение педункулярных галлюцинаций, их связь с расстройствами сна, общего тонуса, а также их возникновение при поражении гипоталамо-мезенцефальной области.

Ниже приводится клиническое наблюдение, когда у больного после удаления гематомы ствола мозга развился острый психоз с галлюцинаторными переживаниями.

Больной К-зе, 52 лет, правша. Окончил сельскохозяйственный институт. Работает в госпитале ветеранов ВОВ специалистом по медицинской технике. С декабря 1997 года появилось двоение при взгляде влево, головокружение, неприятные ощущения в голове. Был поставлен диагноз: остеохондроз шейного отдела позвоночника; лечился амбулаторно — сосудистая терапия, лазеротерапия, массаж. Продолжал работать. В январе 1998 года — ухудшение состояния; к перечисленным симптомам добавились шаткость при ходьбе, шум в ушах, снижение слуха. В феврале госпитализирован. Проводилось лечение гормональными и сосудистыми препаратами, улучшения не было. Присоединились онемение лица с двух сторон (больше слева), парестезии и неловкость в пальцах правых руки и ноги, в последние дни — нарушение глотания (поперхивание жидкостью), изменение голоса.

Поступил в Институт нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко; И/б 622/98. При обследовании: слегка сглажена левая носогубная складка. Дисфония, дисфагия. Легкая болевая гипестезия на правых конечностях. Снижена сила в правой руке. Тремор пальцев вытянутых рук, больше слева. Пошатывание в усложненной позе Ромберга. Походка неуверенная. Легкий адиадохокинез справа. Рефлексы на руках и ногах низкие. Непостоянный симптом Бабинского справа. Правая глазная щель уже левой, небольшое расходящееся косоглазие. Фотореакция вялая. Парез взора вверх, вправо и влево (более выражен). Острота зрения — 0,7 и 0,9. На глазном дне: артерии узкие, вены умеренно полнокровные. Снижен слух на оба уха по нейросенсорному типу. Гипестезия в полости носа, рта с двух сторон, больше слева. Нарушение иннервации глотки, преимущественно по надъядерному типу. Нарушение походки, статики, координации. Спонтанный горизонтальный нистагм. Оптокинетический нистагм нарушен во все стороны. На ЭЭГ выявляются умеренные диффузные изменения в виде замедления корковой активности и признаков раздражения коры, преимущественно в задних отделах полушарий. Локальные изменения: преобладание негрубой медленной и эпилептиформной активности в затылочно-височной области полушарий с акцентом справа. Признаки раздражения стволовых структур. При КТ: картина опухоли ствола мозга.

26.03.98 произведено удаление гематомы ствола (хирург — А.Н. Коновалов). Резекция чешуи затылочной кости над обеими гемисферами мозжечка. Обнажена задняя поверхность ствола мозга — дно IV желудочка. Отмечена желтовато-ржавая окраска его поверхности, особенно близ средней линии. В месте наибольшей деформации по средней линии произведен разрез поверхностных слоев моста и на глубине около 2–3 мм обнаружена гематома, состоящая из нескольких камер, которая удалена при помощи отсоса, после чего образовалась больших размеров полость, занимавшая средние и верхние отделы моста мозга. Деформация ствола исчезла. Продолжительность операции — 5 часов. Артериальное давление во время операции колебалось от 140/90 до 90/50 мм рт. ст. Биопсия 822/98: недифференцированный порок развития сосудов, в мозговой ткани вторичные кровоизлияния.

В первые сутки после операции больной легко доступен контакту. Ориентирован. Адекватен. Несколько беспокоен: постоянно просит перевести его в отделение, раздражается при объяснениях о необходимости пребывания в реанимационном отделении.

Отмечены частичный регресс бульбарных и проводниковых расстройств, нарастание стволовых симптомов уровня моста: межъядерная офтальмоплегия, парез VII нерва слева. При КТ зона пониженной плотности в месте операции и большое количество воздуха в обеих лобно-височных областях. К третьим–четвертым суткам — нарастание психомоторного беспокойства, больной много говорит при закрытых глазах. Утром четвертых суток после операции при психиатрическом осмотре на вопрос, как больной себя чувствует, произнес: «галлюцинации». Далее рассказывает, что с 3-го дня после операции он «видит» и «слышит» родственников, друзей, знакомых. Их много — «чел... 20», они обращаются к нему с вопросами о самочувствии. Людей, ему знакомых, видит точно такими, какие они есть. Отвечает «на их вопросы». Производимое мнимым видением и слышанием впечатление о присутствии его знакомых и родных настолько сильно и убедительно, что он «протягивал руку, чтобы поздороваться с ними», или просил их дать ему попить. Далее сам больной отмечает: «Но руку мою никто не пожимает», «пить никто не дает». Тогда он открывает глаза и все видимое и слышимое исчезает: «около меня никого нет». Убедившись в том, что «галлюцинации» исчезают при открывании глаз, он в течение двух последних суток открывает глаза, когда начинает «видеть» и «слышать». Больной ориентирован. Знает, что находится в реанимационном отделении Института нейрохирургии. Точно называет текущий день и время суток, отделение, куда поступил. Подробно и по существу отвечает на вопросы. Сообщает о себе точные сведения. При повторном осмотре сразу после перевода из реанимационного отделения больной охотно вступает в беседу. Быстро понимает смысл задаваемых вопросов, без пауз отвечает. Многословен. Речь громкая, быстрая. Подробно рассказывает о развитии болезни, своих ощущениях, застревая на деталях. Порой перескакивает на другую тему. Приходится прерывать больного и задавать повторные вопросы. В процессе осмотра активно меняет позу: переворачивается на бок, присаживается, жестикулирует руками. Ориентирован: правильно называет отделение, знает, где находится, что 4 дня назад была операция. При воспоминании о его пребывании в реанимационном отделении становится несколько гневливым. Жалуется, будто медицинские сестры «не давали пить», «отвечали грубо» и т.п. Быстро успокаивается. На предложение задать врачу интересующие его вопросы, спрашивает: «Откуда и почему возник процесс в голове?». Временами представляется недостаточно адекватным ситуации, своему состоянию. К вечеру становится беспокойным в пределах постели, раздражительным, много говорит, обращается с многочисленными просьбами к родной сестре. Беспокойство особо усилилось к 21 часу. Пытался вставать, куда-то идти, совершал различные действия: заглядывал под кровать, присаживался в постели, ...рачивался и тянулся руками к стене, разговаривал сам с собой. Обращался к сестре со словами: «сними со стены магнитофон», «отключи сигнализацию», «дай мне карты», «куда ты спрятала?» и т.п. Разглядывал свои руки, пытался будто с них что-то снять и сбросить, как бы обирал себя, с тревогой спрашивал: «что это?», «сними с меня это». Раздражался, когда сестра говорила, что на руках у больного ничего нет. Успокоился, ус... после в/м инъекции реланиума 2,0. В течение дня получал триседил по 6 капель в сутки и тизерцин (6,25 мг) вечером. Утром 5-го дня остается многословным, но его уже ...о прервать, перевести разговор на другую тему. Помнит врачей и обстоятельства предыдущих бесед. Ориентирован. Знает, в каком отделении находится, когда была операция. Точно определяет время дня: «после завтрака — начало десятого». На вопросы отвечает сразу, достаточно подробно. В то же время больной говорит о событиях, не имевших места в действительности. Убежден, что из отделения реанимации переведен накануне, а двое суток тому назад. До этого будто было КТ-исследование, в момент которого его «держали 3 часа вниз головой». Эти высказывания перемежает выражениями признательности и благодарности за оказанную ему помощь. Ночью на 6-е сутки больной спал. Разговаривал во сне. Утром спокоен, упорядочен. В течение дня при закры-

тых глазах больной вдруг протягивал кому-то руку, разговаривал как бы сам с собой. Требовал у сестры «карты», уверяя, что колода у нее в руке, раздражался, когда сестра говорила, что их нет. Тогда сестра вложила в руку больного «клочок бумаги», и больной начал совершать действия, привычные при игре в карты: как бы разворачивал мнимые карты веером в руке, внимательно их разглядывал. Иногда говорил, будто он «просматривает программу НТВ по телевизору», когда закрывает глаза. Шутил по этому поводу.
На 7-й день после операции утром при осмотре первым приветствует врача. Помнит вчерашнюю беседу. Просит извинения за то, что не запомнил имени и отчества. Ориентирован правильно. Выглядит более вялым, чем в предыдущие дни. При расспросе отметил, что сегодня «галлюцинации» не появлялись, но вчера «видел телевизор». В процессе беседы вновь упомянул о якобы случившемся «в 12 часов ночи позавчера»: его повезли в офтальмологический кабинет, где проверяли зрение — показывали буквы и цифры в красном цвете, делали снимки, держали 3 часа вниз головой. В этот же кабинет приходила женщина (доктор) в голубом колпаке, которая разговаривала с ним о его самочувствии. Из этого же кабинета он поступил в отделение. На разубеждения врача, что этого не было, становится раздражительным: «я еще с ума не сошел». Довольно быстро удается отвлечь его, перевести разговор на другую тему. В конце осмотра благодарит за беседу, интересуется «останется ли он нормальным человеком».
На 8-е сутки упорядочен. Более многообразен в своем поведении: ест сидя, прогуливается по палате, общается с соседями. Охотно беседует с врачами, отвечает на вопросы. Жалуется на постоянный шум в ушах, напоминающий «громкое стрекотание кузнечиков», умеренную головную боль. При расспросах сообщает: «галлюцинации» сохраняются при засыпании вечером, «кажется, что с кем-то разговариваю». Выглядит вялым, отмечает общую слабость, утомляемость.
Спустя 10 дней после операции больной приветлив, более активен. Высказывает слова признательности и благодарности врачам. Толково отвечает на расспросы. Со слов сестры знает, что во сне ночью говорит.
За время наблюдения трехкратно исследовался ликвор, цитоз 4267, 427 и 83/мм^3.

У данного больного острое психотическое состояние (обманы восприятия, эпизоды помрачения сознания) развилось на третьи сутки после удаления гематомы ствола (моста) мозга. Первое и главное его проявление — галлюцинации. Их отличали:

- комплексность (зрительные и слуховые галлюцинации, с последующим присоединением осязательных);
- возникновение при закрытых глазах и исчезновение при их открывании;
- преимущественное проявление в вечерние и ночные часы;
- содержание: больной видел и слышал привычных для него близких людей;
- критическое отношение: находясь в уже активном бодрствующем состоянии, виденное и слышанное больной оценивал как болезненные явления и называл их галлюцинациями; такая оценка была уже после первого эпизода галлюцинирования;
- проявление на фоне снижения слуха и шума в ушах;
- наибольшая выраженность на третьи–четвертые сутки после операции, последующие эпизодические проявления, урежавшиеся и прекратившиеся к восьмым суткам.

Галлюцинации напоминают «педункулярные» (по J. Lhermitte, 1922), но отличаются наличием не только зрительных, но и слуховых, тактильных обманов. Помрачение сознания отмечено вечером 4-го дня после операции. Его особенности:

- возникновение в вечерние часы;
- переживание воздействий на больного — «держали вниз головой»;

- психомоторное возбуждение, тревога, зрительные обманы;
- воспроизведение содержания переживаний после прояснения сознания;
- сравнительная кратковременность и быстрое восстановление сознания.

Таким образом, послеоперационный психоз у этого больного характеризовался …ной структурой и сравнительно быстрым полным регрессом. Проявлялся на фоне …енной неврологической картины поражения мозга на уровне моста. Возникнове… психоза могло выражать преходящую реакцию мозга на хирургические действия …ласти ствола (уровень моста) и прилежащих образований. Критическое отношение …ного к описанным явлениям, восстановление личностных особенностей свиде…ствуют, по-видимому, о вторичном нарушении функций интактной коры боль… полушарий головного мозга.

…5. Поражение мозолистого тела. Синдром расщепленного мозга

(…местно с Карменян К.К.)

Мозолистое тело — основной комиссуральный пучок, связывающий полушария …га. Занимает центральное положение в головном мозге. На горизонтальном разрезе …га на уровне мозолистого тела видны поперечные комиссуральные волокна, прони…щие в глубину полушарий; здесь они образуют венец, передняя часть которого (ко…о) соединяет правую и левую лобные доли, средняя (тело) — теменные доли, а зад… (валик) соединяет затылочные и височные доли полушарий. Мозолистое тело, со…няя правое и левое полушария (обеспечивающие соответственно психосенсорную … психомоторную функции), играет важную роль в обеспечении целостной психиче…й деятельности.

По мнению Н.М. Вяземского (1964), при многочисленности работ выводы о физио…, патологии и клинике мозолистого тела «весьма пестры и с трудом поддаются …ематизации». И в наши дни остается немало спорных вопросов о механизмах нару…ий, возникающих при поражении мозолистого тела.

Новообразования мозолистого тела составляют 1,2% всех опухолей мозга по …М. Гурлиани (1976); 0,5% — по D. Wallase (1976); 0,8% — по В.И. Самойлову (1985).

Психические нарушения отмечены у 90% больных с опухолями мозолистого тела, …% — с агенезиями (полной или частичной) и почти во всех случаях кровоизлияний … мозолистое тело и его размягчений. В то же время есть публикации о случаях медлен… развивающихся опухолей или агенезии мозолистого тела, когда у больных сохраня…ь нормальная психическая деятельность.

При агенезией мозолистого тела часты неврологические выпадения и дефекты пси…, отмечаемые с детских лет или появляющиеся уже во взрослом возрасте. Возмож… эпилептические припадки. Клиническая картина агенезии мозолистого тела разно…азна и неспецифична (Thorwirth V., Pilz H., 1977). У детей сразу после рождения воз…ны судороги, отставание в развитии интеллекта (de Jong et al., 1976).

Ю.В. Коновалов и А.Я. Подгорная (1937) выделили три группы синдромов при опу…лях мозолистого тела: при поражении колена, ствола и валика. Особое место в них за…ают нарушения памяти, особенно на недавние и текущие события (А.С. Шмарьян, …9), апрактические расстройства «в широком их понимании, включая и расстройства …повесия, походки, недержание сфинктеров и псевдобульбарные явления». … по А.С. Шмарьяну, психопатология опухолей мозолистого тела не исчерпывается

амнестическим синдромом, ее структура различна и зависит от того, в каких отделах мозолистого тела преимущественно локализуется опухоль. Наиболее очерчены расстройства при опухолях передней части с распространением на обе лобные доли. В данном случае исподволь или быстро и бурно выступают общие изменения личности с вялостью, апатией, «моторной астенией» и аспонтанностью.

На этом фоне «возможны общие эпилептические припадки, status epilepticus с длительными бессознательными состояниями и сумеречными психотическими состояниями возбуждения» (Шмарьян А.С., 1949), ранние тазовые расстройства, двусторонние моторные нарушения, дизартрия, апатия, забывчивость. Основное ядро амнестического синдрома при опухолях колена (с глубокими нарушениями мышления и аффективной сферы с общей акинезией), по А.С. Шмарьяну, существенно отличается от амнестического синдрома при опухолях валика. В последнем случае он напрямую связан с «агнозией пространства и времени», а также с другими признаками распада восприятия «при значительной сохранности личности, высшего интеллекта и поведения».

Приводим клиническое наблюдение.

Больной О-в, 58 лет; И/б 317/96. Правша. Имеет несколько высших образований. Отличался инициативностью, трудолюбием, обязательностью, аккуратностью. Проходил службу в армии. После демобилизации работал в одной из ассоциаций вице-президентом. Заботливый семьянин. Первые изменения в состоянии больного заметили в семье: изменилась речь, она стала замедленной, появились трудности в правильном произношении слов, вследствие этого увеличились паузы в разговоре. Жаловался на повышенную утомляемость, головные боли, головокружения, чувство тяжести в голове.

При обследовании в Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко обнаружены легкая сглаженность левой носогубной складки, повышенный тонус в правых конечностях, сниженная сила в правой кисти. При КТ выявлена опухоль мозолистого тела с прорастанием в желудочковую систему мозга. Больной ориентирован, к своему состоянию критичен, жалуется на головные боли, неустойчивость при ходьбе, снижение чувствительности в правой руке. При нейропсихологическом обследовании обнаружено снижение праксиса позы на обеих руках, больше справа, двустороннее нарушение динамического праксиса. Больной был неспособен воспроизвести акцентированные ритмические структуры. При общей сохранности зрительного гнозиса заметны трудности в узнавании предметных изображений. Тактильный гнозис снижен на правой руке. Главное место занимали речевые нарушения, четко представленные в спонтанной речи. Говорил неохотно. Речь скованная. Речевая продукция бедна. Зачастую застревал на одном слове. Дооперационная симптоматика указывала на поражение среднего отдела мозолистого тела, заднелобно-теменной области левого полушария. На операции: опухоль занимала средний и частично задний отделы мозолистого тела, распространяясь без границ на прилежащие отделы обоих полушарий.

Как видно из приведенного наблюдения, психические нарушения грубы. Составляют один из основных компонентов клинических проявлений опухоли мозолистого тела. Нарушения речи, снижение силы правой руки свидетельствовали о большем клиническом проявлении поражения левой лобной области.

При кровоизлиянии в мозолистое тело F. Lhermitte et al. (1976) и R.T. Watson et al. (1983) (в первом случае — у 43-летней женщины, во втором случае — у 75-летней) отметили неравномерное сужение полей зрения, левостороннюю аграфию, неспособность к узнаванию предметов на ощупь левой рукой, невозможность называния при сохранной способности к узнаванию (среди других) букв и предметов, тахистоскопически предъявляемых в левом поле зрения У больного с левосторонним поражением зрительной коры и валика мозолистого тела наблюдались алексия без аграфии, правосторонняя гомонимная

…анопсия, агнозия на цвета, объекты. Больной себя узнавал, сообщал точные автобио…ические данные, но говорил о себе в третьем лице (Gallois Ph. et al., 1988).

Особый интерес представляет феномен левосторонней диспраксии — нарушение спо…ости к произвольному управлению движениями левой руки. Р.Я. Голант, С.С. Мнухи… А.С. Ионтова (1948) наблюдали больную с левосторонней диспраксией.

Больная-левша, 55 лет, заболела внезапно. Когда возвращалась домой, ей «стало дурно», почувствовала «прилив к голове», правая нога почти перестала двигаться. С трудом дошла до дома. Не могла говорить. Правая нога резко ослабела. Но через 2,5 месяца вернулась на работу, занималась домашним хозяйством.

Через 6 месяцев усилились головокружения, потемнело в глазах, не смогла встать с постели. Слабости в правых конечностях не замечала. Левой же рукой она действовать по своему желанию не могла, либо действия были неправильны. Иногда не могла прекратить начатые действия. Например, чистя картошку, не могла закончить вовремя действие и начистила целый котел, хотя знала, что этого делать не нужно.

Была госпитализирована в Институт неврологии им. В.М. Бехтерева. Угнетена, раздражительна, не могла себя обслуживать. Одну из главных жалоб выражала так: «Левая рука меня не слушает. Я ей прикажу, но она не понимает. Между тем она действует независимо от моего желания: сама лезет в рот, хватает зубы, берет то или другое, но что берет — не чувствую. Рука стала чужая, ненужная, бездомная». Иногда больная испытывает в левой руке холод. Бьет левую руку. Говорит, что левая рука совершает поступки не только без ее участия, но и вопреки ее воле; часто вызывает ее возмущение. Так, левая рука берет чужой хлеб, который больной вовсе не нужен; почему-то из уборной вытаскивает бумагу, совершает ряд других нелепых и даже «непристойных», с точки зрения больной, действий.

Феномен сочетался с правосторонним гемипарезом, грубым нарушением мышечно-суставного чувства на левых конечностях, особенно на руке, левосторонней гемианопсией. Патологанатомический диагноз: атрофия левой половины мозолистого тела, обширное сосудистое поражение левого полушария. Поражение захватывает и правое полушарие — киста в глубине белого вещества передних отделов затылочных долей, очаг размягчения в теменно-височно-затылочных отделах правого полушария.

A.J. Akelaitis (1945) описал двух левшей с левосторонней диспраксией.

У больной-левши, 26 лет, страдавшей эпилептическими припадками, с 24-летнего возраста после рассечения мозолистого тела развился левосторонний гемипарез с расстройствами чувствительности. Спустя месяц появилась «диагонистическая диспраксия»: левая рука часто совершала действия, противоположные действиям правой руки. Правая рука надевала платье, левая — снимала. Эти действия совершались симультанно, «альтернативно». Больная иногда направлялась куда-то и, сделав пару шагов, возвращалась назад; это повторялось много раз. Не могла играть на рояле. Угнетена, раздражительна, особенно в момент проявления диспраксии. Отмечались также легкая дизартрия; повышение сухожильных рефлексов слева, легкие левосторонние гипестезия и гипералгезия. После второй операции — рассечения остатка мозолистого тела и левого форникса эти явления не возобновлялись.

Больной, 27 лет, левша. Через год после черепно-мозговой травмы, в 12-летнем возрасте, появились эпилептические припадки, левосторонняя амблиопия. Сделана одномоментная операция — рассечение мозолистого тела. Спустя месяц после операции больной много раз повторял одни и те же действия. В булочной однажды несколько раз брал буханку хлеба левой рукой, возвращал ее и снова брал. После замечания продавца «пришел в отчаяние». Иногда несколько раз надевал и снимал рубашку. Намеревался что-то сделать, например, достать одежду, но «не был в состоянии хотеть это сделать». Сделав несколько шагов вокруг дома, он возвращался, доставал одежду.

Иногда были приступы, когда его «правая рука не хочет совершить определенное действие». Например, больной желает вынуть руку из кармана, но не может это сделать. Если подождет минуту, то может «принять решение» и тогда получается «совершить задуманное». Или когда больной несет что-нибудь в правой руке, у него возникает ложное ощущение, что он роняет предмет, чего на самом деле не происходит.

Голант Р.Я. и соавт. (1948) обобщенно оценивают наблюдения A.J. Akelaitis и свои и указывают на общее между ними: а) отсутствие синергии между руками; б) самостоятельность движений каждой руки. Левая рука совершает действия, противоположные желанию больного и неприятные для него. Только у одного из больных A.J. Akelaitis сводились на нет правильные действия правой руки из-за того, что левая его рука совершала противоположные движения. У второго больного действия совершались во время приступов. В момент одних приступов левая рука то совершает правильный акт, то отказывается от него; в других приступах правая рука лишается воли, которая возвращается к ней через некоторое время. Диспраксия касалась не только мануальных актов. Совершались «неуместные общие двигательные акты», например, больная раздевалась некстати. У всех больных имелось нарушение комиссуральных связей между полушариями. Все они — левши и имеют, по характеристике авторов, «смешанную мозговую латерализацию».

Из 30 изученных авторами больных с рассечением мозолистого тела только у 2 левшей были описанные явления. У правшей таких нарушений не было. Р.Я. Голант и соавт. предположили, что «нарушение межполушарной связи отделяет одноименную руку от доминантного полушария и ставит ее в зависимость от другого полушария... левой руке предоставляется известная самостоятельность». Однако имеющиеся здесь закономерности, вероятно, значительно сложнее, чем предполагают авторы.

В последние десятилетия мозолистое тело стало привлекать к себе внимание исследователей. Усиливается интерес к мозолистому телу у психиатров, изучающих патогенез шизофрении, «к числу кардинальных проявлений которой относятся феномены расщепления психической деятельности». Эти исследования стали возможными благодаря современным методам прижизненной визуализации мозга (Орлова В.А., Трубников В.И. и др., 2000). Авторы отмечают, в частности, увеличение параметров колена ствола мозолистого тела у больных шизофренией.

Расщепление мозга

Психопатологическая симптоматика при опухолях мозолистого тела зачастую обусловлена вовлечением соседних структур мозга, в то время как при рассечении мозолистого тела у больных с эпилепсией наблюдается относительно изолированная картина поражения собственно мозолистого тела. Наблюдение больных после этой операции принесло исключительно интересные данные, во-первых, о функциях мозолистого тела и эффективности расщепления мозга при эпилепсии и, во-вторых, о функциональной асимметрии (неравенстве функций правого и левого полушарий мозга) и межполушарном взаимодействии.

О последствиях «расщепления мозга» размышляли еще в XIX веке, в частности, психолог Густав Фехнер, считавший существенным условием «единства сознания» целостность мозга. Он писал: «Два полушария мозга, обладающие вначале одинаковыми настроениями, склонностями, знаниями, одной памятью и, конечно, сознанием в целом, будут впоследствии развиваться по-разному, в зависимости от внешних взаимоотношений, в которые каждое из них будет вступать». Он полагал невозможным осуществление этого «мысленного эксперимента» в действительности.

В 1940 году появилась статья J.C. Erickson об опытах изучения распространения эпилептических разрядов от одного полушария к другому в мозге обезьяны. Автор предположил,

…го распространение в значительной степени или даже целиком осуществляется че… золистое тело — самую массивную из всех комиссур, соединяющих структуры ле… полушария с соответствующими областями правого. Несколько раньше W. Van …en et al. (1940) отметили урежение судорожных припадков у больных эпилепсией, … мозолистое тело повреждалось опухолью или иным патологическим процессом. …вело на мысль о возможной целесообразности рассечения мозолистого тела с це… …чения больных эпилепсией.

…ственен вопрос: повторяет ли расщепление мозолистого тела клиническую кар… его поражения (опухолевого, сосудистого и т.д.)?

…рвые операции (неполная комиссуротомия) осуществлялись американскими …хирургами из Рочестера W. Van Wagenen и R. Herron (1944). Послеоперационное …ние больных, их психическую деятельность изучал A.J. Akelaitis (1944). Основы… на полученных результатах, авторы вскоре отказались от этой операции: ожидае… существенного улучшения состояния, урежения и исчезновения припадков не … Другие исследователи продолжали изучать функции мозолистого тела. В начале … годов R.E. Myers и R.W. Sperry — профессор психологии Калифорнийского техно…ского института — показали, что зрительная информация, предъявленная одно…ушарию мозга кошек с перерезанным мозолистым телом, недоступна для друго… …сария.

… Fogel и G. Bogen вернулись к этой операции. Отсутствие положительных резуль… раньше они связывали с тем, что разъединение полушарий было неполным … I.E., Bogen G.M., 1969). Теперь уже осуществляли полную комиссуротомию. …амических исследованиях больных участвовали M.S. Gazzaniga и R. Sperry. После … операции нередко наблюдались различные психические нарушения. Один боль… однажды обнаружил, что его «левая рука борется с правой при попытках надеть ут… брюки: одна рука тянула их вверх, в то время как другая — вниз». В другом случае … же больной, «рассердившись, замахнулся левой рукой на свою жену, а его правая … схватила левую, пытаясь ее остановить» (Gazzaniga M.S., 1970). Возникали и изме… в поведении или способностях больных. Некоторые пациенты сообщали об ис…емых ими больших затруднениях в установлении связи между именами и лица… …ружающих людей. Это подтвердилось исследованием, в котором испытуемые … были сначала запомнить имена каждого из трех молодых людей, изображен… на картинках (Levy I. et al., 1972)

…о описаниям R. Sperry, при поверхностном осмотре больные после операции не …ались от здоровых, но при подаче сигналов только в одно полушарие у них одна … буквально не знала, что делает другая: предмет, опознанный наощупь одной ру… не узнавался при ощупывании его другой. Точно так же воспринимали больные …, слуховые и зрительные сигналы. В заключение автор резюмирует: «После рассе… мозолистого тела процессы в каждом полушарии протекают независимо, словно …ют два человека — каждый со своим жизненным опытом. При этом в каждом …арии представлены свои собственные функции: в левом — речь, письмо, счет, … — восприятие пространственных отношений и не идентифицируемое слова… …эзнание». Сознание, по Sperry, нельзя связать ни с промежуточным мозгом, ни …ечком, ни с нижележащими структурами мозга. Большие полушария головного … и межполушарные связи — вот что образует нервный субстрат сознания.

… исследования много дали для расширения представлений об асимметрии функ… полушарий мозга в общем их деле — обеспечении психической деятельности (Вик… И.В., 1983). Тому способствовало «тестирование последствий разделения полу… : изучение зрительного восприятия изображений на левой и правой половинах

экрана тахистоскопа, отчет испытуемых об увиденном, последующий выбор левой и правой рукой увиденного в изображении предмета без контроля зрения; учет эмоциональных реакций на изображение обнаженного тела, повседневного поведения больных и т.д.

Симптомы «разобщения полушарий» нестойки и быстро регрессируют, обнаруживаются, как правило, в послеоперационном периоде при хирургических вмешательствах на мозолистом теле.

При повреждении передних отделов мозолистого тела нарушения взаимодействия полушарий проявляются, прежде всего, в эмоционально-личностных расстройствах, а также в моторной сфере; при перерезке средних отделов — в тактильной, задних — в зрительной.

К специфическим нарушениям при поражении мозолистого тела относятся нарушения реципрокных координированных движений рук и ног (например, езда на велосипеде, печатание на машинке).

Особую группу симптомов составляют нарушения, названные «дископией–дисграфией» и заключающиеся в том, что больные не могут писать и рисовать правой и левой рукой. Так, больной-правша при рассечении мозолистого тела может писать только правой и рисовать только левой руками.

Опыты показали, что больные с рассеченным мозолистым телом не могут назвать предметы и прочитать слова, если они были предъявлены в левое поле зрения. При этом они их в некоторой степени узнают, так как способны выбрать подходящие к ним картинки. Этот феномен получил название «аномия». Было обнаружено, что феномен сохраняется и в тактильной сфере («тактильная аномия»). Больные не могут назвать предметы при их ощупывании левой рукой. При зрительном восприятии и ощупывании правой рукой их называние остается нормальным. При этом предметы лучше опознаются на ощупь левой рукой (например, при нахождении их среди других).

В ряде случаев при перерезке мозолистого тела в послеоперационном периоде отмечается синдром преходящей односторонней пространственной агнозии. При дихотическом прослушивании игнорирование выступает в виде выраженного снижения продуктивности воспроизведения речевых стимулов с левого уха. Этот симптом наблюдается при повреждении различных отделов мозолистого тела у правшей.

В описании R. Sperry больные выглядят как имеющие «две сферы сознания» («удвоение сознания»). Переживаемое правым полушарием находится целиком вне сферы опыта левого полушария. Едва ли точен такой язык описания. Здесь каждое полушарие выглядит «думающим», «переживающим». Оно наделяется тем, что присуще только самому человеку — носителю мозга, в данном случае — больному эпилепсией с расщепленным мозгом. Но ведь врач или исследователь видит, слышит и оценивает психическое состояние больного, не видя полушарий его мозга. Смеется или плачет именно больной, а не то или иное полушарие мозга, как следует из некоторых существующих описаний больных с расщепленным мозгом (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1998).

При всех возможных возражениях, несогласии с R. Sperry и M.S. Gazzaniga, нельзя не отметить, что изучение больных после расщепления мозга внесло много нового в представления о мозге как о парном органе, обеспечивающем психическую деятельность. Полученные данные расширили учение о функциональной асимметрии полушарий — самом фундаментальном свойстве головного мозга человека. Это обстоятельство не осталось не замеченным Комитетом по Нобелевским премиям. В решении Каролинского медико-хирургического центра от 09.10.81. было записано, что Нобелевская премия вручается «Роджеру Сперри (одна половина) за открытие функциональной специализации полушарий мозга и Дэвиду Хьюбелу и Торстену Визелу (другая половина) за открытия, касающиеся обработки информации в зрительной системе».

Глава 5

Психопатология опухолей больших полушарий головного мозга

Доброхотова Т.А., Ураков С.В., Чебышева Л.Н.

Опухоли головного мозга составляют 6–8,5% от всех новообразований человеческого организма и 6,1% — от всех органических заболеваний ЦНС (Раздольский И.Я., 1957). Среди пациентов психиатрических стационаров больных с опухолями мозга, по данным разных авторов, от 0,1 до 5% (Гиляровский В.А., 1954; Смирнов Л.И., 1959; Смирнов П.П., 1960). В секционном материале психиатрических прозектур среди причин смерти на долю опухолей мозга приходится 3–4% (Абашев-Константиновский А.Л., 1973). Больные с опухолями мозга составляют 0,05% всех лиц, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу (Лукачер Г.Я., Дмитриев А.С., 1996). За последние десятилетия отмечена тенденция к учащению первичных и метастатических опухолей мозга (Самойлов В.И., 1985).

Существуют гистологическая и топографо-анатомическая классификации опухолей. В Международной гистологической классификации различается 12 групп опухолей мозга; в топографо-анатомической — выделяются супра- и субтенториальные опухоли. К супратенториальным относятся опухоли полушарий, мозолистого тела, зрительного бугра, полосатого тела, боковых и III-го желудочков, прозрачной перегородки, четверохолмия, парасагиттальной области, ольфакторной ямки, бугорка турецкого седла, крыльев основной кости, шишковидной железы, гипофизарно-хиазмальной области; к субтенториальным (расположенным под наметом мозжечка) — опухоли мозжечка, IV желудочка, мостомозжечкового угла, ствола, среднего мозга, моста, продолговатого мозга. В классификации ВОЗ на основе гистологического строения опухоли и клинического прогноза после тотального ее удаления установлены 4 степени злокачественности: I — излечение, выживание в течение 5 лет и более; II — выживание в течение 3–5 лет; III — выживание до 2–3 лет; IV — выживание до 6–15 месяцев (Вихерт Т.М., Касумова С.Ю., 1983).

Опухоли мозга у мужчин встречаются чаще, чем у женщин. Это особенно отчетливо выступает с увеличением возраста: небольшое преобладание частоты опухолей у мальчиков, четкое — у взрослых мужчин и резкое — в возрасте после 65 лет (мужчины — 61%, женщины — 39%). У детей грудного возраста чаще наблюдаются супратенториальные опухоли, после одного года жизни — субтенториальные (до 70%). Последние преобладают до 8–10 лет, далее их частота постепенно снижается и в 14–15-летнем возрасте суб- и супратенториальных опухоли встречаются с одинаковой частотой. Затем начинают преобладать супратенториальные опухоли — у 90% больных старше 60 лет. Различна и локализация опухоли относительно средней линии: 80% опухолей мозга у детей расположено в области сагиттального разреза 70% опухолей у пожилых — в полушариях, часто на основании мозга, в мостомозжечковом углу. Соотношение первичных внутримозговых и внемозговых опухолей у детей составляет 10:1, у лиц среднего возраста — 1:1, у старше 60 лет — 1:1,5. Из первичных опухолей головного мозга преобладают глиомы больших полушарий различной степени злокачественности (Maheley M.S., 1981): у взрослых они встречаются в 45–62% случаев; у детей — в 75%. У последних чаще, чем у взрослых, выявляются медуллобластомы, астроцитомы, плексуспапилломы (почти

совсем не встречаются у пожилых) и редко обнаруживаются менингиомы, глиобластомы, аденомы гипофиза, невриномы слухового нерва.

В опухолевой ткани у детей преобладают процессы активной жизнедеятельности (склонность к кистообразованию, отложению извести), а у пожилых — пониженная опухолевая активность (склонность к разрастанию в опухолевой ткани соединительнотканной стромы, обеднение васкуляризации с уменьшением числа капилляров, формирование очагов некроза в аденомах гипофиза, невриномах, менингиомах). Это объясняется старческими изменениями мозга: оболочки утолщаются, масса мозга к 70 годам (по сравнению с его массой в 20–30 лет) снижается в среднем на 10%, а к 80 годам — на 14%, увеличивается плотность его ткани, уменьшается количество воды, мозг атрофируется, его извилины истончаются, расширяются субарахноидальные пространства. У 80-летних стариков отношение объема желудочков к объему черепа увеличивается в 4–5 раз, число нейронов уменьшается до 40% (Ромоданов А.П., 1995).

При определении патогенеза психических нарушений большое значение имеют локализация, гистологическая природа, темп роста и размеры опухоли, ее воздействие на окружающие области, нарушения ликвороциркуляции, отек и набухание мозга.

Различия психических нарушений при поражении одних и тех же отделов правого и левого полушарий опосредованы асимметрией (неравенством) последних в обеспечении психической деятельности, тесными функциональными связями правой гемисферы с диэнцефальной областью, левой — со стволовыми отделами срединных структур мозга. Это распространяется на всех правшей и большинство левшей. Однако у небольшого процента левшей характер психических нарушений отличается от такового у большинства больных.

Поэтому вопрос о различиях психопатологии опухолей у правшей и левшей требует серьезного изучения. До сих пор ему не уделялось достаточно внимания. В последние десятилетия к нему обратились в связи с наблюдениями в нейрохирургической клинике, где важны точные дооперационные знания «доминантности» гемисфер мозга по речи у каждого больного. Устоявшееся положение о том, что речевые нарушения у левшей развиваются при поражении правого полушария мозга, оказалось лишь относительно адекватным. В этом отношении левши неизмеримо разнообразнее, чем правши. Каждый психопатологический синдром у них может отличаться от своего аналога у правшей иногда небольшими нюансами, а иногда даже бросающимися в глаза чертами, но это до сих пор игнорируется. Нередко создается впечатление о более быстром регрессе психических нарушений у левшей.

В современной нейроонкологии психиатр имеет возможность сопоставлять хорошо верифицированный очаг опухолевого повреждения мозга с возникающими психическими нарушениями. Такие сопоставления несомненно имеют прикладное и теоретическое значение. Знания клинических особенностей и динамики психических расстройств при опухолевых поражениях мозга способствуют своевременному распознаванию опухоли, ее локализации и даже возможной степени злокачественности. Важен для психиатрии и теоретический аспект. Специальные исследования в области нейроонкологии, выявляя разнообразие проявлений и динамики расстройств целостной психики при опухолях разной локализации, раскрывают мозговые механизмы различных психопатологических синдромов, способствуют пониманию несходной роли полушарных и срединных образований головного мозга в обеспечении психической жизни человека. Установление факта нарушения речи при опухолях передних отделов левой гемисферы (Dax M., 1836; Broca P., 1865) положило начало учению о доминантности левого полушария по речи. Оно преобразовалось за последние десятилетия в представления о функциональной асимметрии полушарий как о фундаментальном свойстве мозга человека.

.1. Клинико-психопатологические проявления

…ихические нарушения при опухолях мозга встречаются от 25% до 100% (Штерн… Э.Я., 1983). Психическая деятельность грубо нарушается при одних опухолях и от…ельно сохранна — при других. Но едва ли можно говорить об интактности психи…льного с опухолью мозга любой локализации, если учесть астению, расстройства … сновидений, психические нарушения в структуре эпилептических припадков …ющиеся нередко вне психиатрического анализа афазию, агнозию, апраксию, как …ло, сочетающиеся с эмоционально-личностными нарушениями, сниженным ка…м целостной психики.

…ихические расстройства при опухолях мозга весьма разнообразны как по характе…явления (пароксизмальные и постоянные), так и по соотношению с другими сла…и клинической картины опухолей мозга. Их систематизация трудна; возможны … подходы к ней. Излагаемое ниже подчинено одной цели: показать значение пси…х расстройств в определении локализации опухоли, в дифференциальной диаг…е опухолей и других заболеваний мозга (например, эпилептического синдрома …ине опухоли мозга и эпилепсии).

Психическая деятельность человека при опухолях различных отделов полушарий …инных структур мозга нарушается по-разному. Но возможны и сходные психиче… нарушения при опухолях разной локализации (Schuster P., 1902; Pfeifer B., 1910; … K., 1934; Walther B.H., 1951). Однако их отличает картина неврологических, вегето…ральных, нейроофтальмологических, отоневрологических нарушений. Так, галлю…орно-бредовой синдром возможен при двух вариантах левосторонней локализа… новообразований: 1) опухоли лобно-височной области и 2) невриноме VIII черепно…ерва. При второй выступает заднечерепная симптоматика — снижение слуха, …двигательные нарушения (Доброхотова Т.А., Фаллер Т.О., 1969), отсутствующие …первой опухоли. Корсаковский синдром описан при опухолях задних отделов право…ушария и III желудочка. Но новообразования III желудочка часто сопровождаются …ией ликворных путей, приступами жажды, полидипсии, полиурии (Голант Р.Я., … Легконогов В.А., 1973; Hecaen H., Ajuriagerra J., 1956).

…азличаются пароксизмальные и непароксизмальные психические расстройства. …е составляют содержание бессудорожных эпилептических припадков. Они часто …ваются первым признаком опухоли мозга, повторяются годы и десятилетия … медленно растущих опухолях). Больные к ним привыкают. Могут по своей инициа… не сообщить о них врачу. Поэтому врач должен вести расспрос целенаправленно. …упы, долго проявлявшиеся только преходящими психическими нарушениями, …ере роста опухоли могут усложниться за счет появления судорожного компонента. …соответствует расположению новообразования: судороги больше выражены на сторо… противоположной расположению опухоли (прикус щеки или языка с этой стороны).

…сихические нарушения могут возникать как до, так и после операции. Доопераци…е психические расстройства, как правило, исчезают или регрессируют после уда… опухоли, но возможны послеоперационные острые психотические состояния.

При пароксизмальных и постоянно проявляющихся нарушениях часто страдают … и те же психические процессы (в соответствии с локализацией опухоли). Из паро…льных психических нарушений нередки галлюцинации, аффективные рас…ства, нарушения восприятия мира и собственного Я, речи, вербальных мышления …ти, сознания. Из перманентных расстройств возможны нарушения сна и сновиде… эмоциональной и личностной сфер, восприятия, сознания.

5.1.1. Пароксизмальные психические нарушения

По данным K. Elisevich (1999), эпилептические припадки встречаются в 6–21% случаев церебральных новообразований. Эпилептические припадки в клинической картине растущих глиальных опухолей головного мозга более чем в трети наблюдений оказываются первым и единственным симптомом болезни (Franceschetti S., et al., 1990; Jackson J., 1882; Penfield W., 1940; Elisevich K., 1999). По данным ряда авторов (Дягилев В.В., 1983; Шмарьян А.С., 1946; Cascino G., 1990; Elisevich K., 1999; Mahaley M.S., 1981; Lund M., Morris H., 1993; Oliver A., 1995, Rasmussen T., 1975), риск развития припадков при различных глиальных опухолях таков: при олигодендроглиомах — 80–92%, при анапластических астроцитомах — 65–70%, при глиобластомах — 29–37%.

Возможность развития припадков зависит от многих факторов, включая тип опухоли, локализацию и близость к корковому серому веществу. Наиболее восприимчивой к эпилептической активности является первичная моторная кора, а наименее восприимчивой — затылочная доля. M.S. Mahaley и L. Dudka (1981) показали, что при опухолях лобной, височной и теменной областей припадки (до операции) наблюдались более чем в 40% случаев. Так, при астроцитомах и глиобластомах в области центральной извилины они имеют место соответственно в 83% и 53% случаев.

Часто эпилептические припадки сопровождают и супратенториальные медленно растущие опухоли: по данным L. Kirsteind (1942) — у 39,3%; P.F. Hoefer, et al., (1947) — у 30,3%; M. Lund, (1952) — у 34,1–44,5%; J.E. Patzold, et al. (1953) — у 41,9% больных; V.E. Paillas, et al., (1953) — у 41,9%; C. Arseni, D.C. Sanuti (1957) — у 32–49,2%; Д.К. Дробноходова (1960) — у 29,7%; В.В. Дягилева (1986) — у 44,5%; K. Elisevich (1999) — у 40–49%.

По J.E. Patzold, при медленно растущих опухолях эпилептический синдром долго может быть единственным симптомом. Для своевременного распознавания опухоли мозга очень важен анализ структуры эпилептических припадков. По ней можно судить о локализации опухоли. По времени существования припадков можно предположить гистологическую природу новообразования. Однако все это часто не принимается во внимание, и больные нередко оказываются в психиатрическом стационаре.

Психопатологические проявления, составляющие содержание припадков и имеющие диагностическое значение (позволяют определить локализацию опухоли) подробно описаны во второй главе. В данной же главе мы остановимся в основном на разборе клинических наблюдений.

Галлюцинации. Как уже говорилось во второй главе, обонятельные обманы присущи опухолевому поражению височных отделов. Особенно часто они возникают при поражении правой височной доли (Смирнов В.Я., 1975). Данные галлюцинации могут наблюдаться и при эпилепсии, но при опухолях встречаются значительно чаще (Чебышева Л.Н., 1979).

Реже в одном приступе с обонятельными появляются вкусовые галлюцинации.

Рассмотрим клиническое наблюдение.

Больная Д-ко, 35 лет, находилась на стационарном лечении в НИИ нейрохирургии с клиническим диагнозом: анапластическая астроцитома заднелобно-височной области справа. И/б 865/94.

Правша. Образование высшее. Работает старшим научным сотрудником. С 33 лет появилась и нарастала повышенная утомляемость, стали беспокоить головные боли. С 34 лет отмечались состояния, во время которых просыпалась ночью с ощущением резкого запаха цветов, сопровождающегося сердцебиением и учащением дыхания. Больная описывала, что чувствует запахи флоксов, «какой-то неприятный привкус», испытывала страх. Затем присоединились приступы дурноты, страха с ощущением внутреннего волнения, напряжения и дрожью. Были состояния, когда больная «смотрела на себя

…и окружающее со стороны», окружающее «казалось нереальным, отчужденным», «все во…круг происходит, как в телевизоре». Испытывает некоторые трудности в описании …тих эпизодов. Такие приступы постепенно участились и стали почти ежедневными, …огда сериями в любое время суток. Несколько раз (6–10) отмечались состояния, когда …течение нескольких секунд окружающая ситуация казалось знакомой, уже виденной. …ольная помнит и самостоятельно рассказывает о своих приступах. После генерализо…анного судорожного припадка была госпитализирована в клинику эпилепсии Московского …НИИ психиатрии. При обследовании и КТ головного мозга выявили опухоль правой лобной …оли. Больная была переведена в НИИ нейрохирургии для нейрохирургического лечения.

В неврологическом статусе легкий левосторонний пирамидный гемисиндром. На КТ го…ловного мозга в заднелобно-височной области справа выявляется довольно четко огра…ниченная, не накапливающая контраст, гомогенная опухоль пониженной плотности, …правильной формы, без грубого смещения, с компрессией бокового желудочка и неболь…шим смещением средней линии.

Было произведено удаление внутримозговой опухоли заднелобно-височной области спра…ва; гистологическое заключение: анапластическая астроцитома. В течение 2 лет после …операции приступы не повторялись.

В данном наблюдении пароксизмальная симптоматика характеризуется:

- обонятельными и вкусовыми галлюцинациями (запах цветов и «неприятный привкус»);
- аффективными приступами (страх с ощущением внутреннего напряжения и дрожью);
- приступами дереализации (состояния, когда больная «смотрела на себя и окружающее со стороны», окружающее «казалось нереальным, отчужденным», «все вокруг происходит, как в телевизоре»; состояния уже виденного);
- однократным генерализованным судорожным припадком.

В структуре пароксизмальной симптоматики на первое место выступают различные …шения восприятия больной себя самой и окружающего мира. Амнезия на присту…не наступает: больная сама рассказывает о пережитом в припадке. Это соответствует …ической характеристике поражения правого полушария мозга, представленной во …й главе.

Аффективные приступы

Как самостоятельные пароксизмы они встречаются редко. Чаще аффективные па…сизмы сочетаются с другими типами психосенсорных приступов и вегетативными …влениями. У больных с поражением правого полушария наблюдается аффект с от…ом страдания, тоски, страха и ужаса. Больные испытывают волнение, что с ними …ет случиться что-то непоправимое, что они не вернутся из этого состояния. Также …т пароксизмы с приятным содержанием (чувство блаженства, умиротворенно… эйфории). Так, больная с опухолью правой височной доли описывала «внезапное …ью эйфории и кайфа», после которых появлялась головная боль и наступал сон. …этом случае пациентка описывала внезапные состояния, когда она испытывала …ное чувство «неземного блаженства во всем теле», «невесомости», «бесконечно…, как во сне».

У больных с левополушарными опухолями в приступах наблюдается аффект тревоги …сфорией, сочетающийся с преходящими нарушениями речи, мышления и памяти.

Нарушения восприятия мира и собственного Я характерны для опухолей правой …но-теменно-затылочной области. Больным доступно ретроспективное самоопи… пережитого состояния. Эти приступы могут быть первыми, появляться задолго

до других симптомов. Уже привыкнув, больные могут не сказать о них. Нужны активные расспросы врача.

Дереализация — преходящее восприятие мира измененным. Выражается в разных феноменах, описанных в главе 2.

Явления дереализации могут сопровождаться обонятельными и вкусовыми галлюцинациями, вегетативными сдвигами, вестибулярными нарушениями.

Деперсонализация — измененное восприятие собственного соматического и психического Я. Выражается в ощущении увеличения или уменьшения, искажения частей тела, переживании самого себя. Возможно ощущение «физического расщепления тела на мельчайшие частицы и измененности психического Я. В одном из наблюдений больной говорил: «все части тела существуют в это время как бы самостоятельно и обладают своим Я, помимо моего общего Я... рука, нога, сердце, голова, позвоночник, дыхательный аппарат имеют свое Я: одно Я — мыслящее, другое — чувствующее... это расщепление тела сопровождается болью в каждой клетке». В момент приступа изменяются переживания психических процессов: они как бы не осуществляются больными. Собственная речь воспринимается как «казенная» — лишенная привычных интонаций, эмоциональности.

Дереализация и деперсонализация часто выступают на фоне левосторонних гемигипестезии, астереогноза. Больными описываются весьма разнообразные явления преходящего измененного восприятия мира (окраски природы, солнца, размеров окружающих предметов), оказавшихся возле них людей (их лиц, тембра голосов). Некоторые больные отмечают перерыв обычного своего взаимодействия с внешним миром, себя описывают как «лишенного чувств».

Стремясь довести до врача свои переживания, больные прибегают к слову «пространство»: они «уходят в другое пространство», становятся «посторонними наблюдателями», утерявшими связь с миром и людьми, остающимися в «этом пространстве».

Речевые феномены. Внезапно наступающие и быстро исчезающие расстройства речи наблюдаются при опухолях левого полушария мозга. Они составляют самостоятельный приступ, который имеет свои особенности в зависимости от области поражения.

Так, при поражении лобных отделов на фоне нормальной речи вдруг нарушается способность произнесения звуков (преходящая моторная афазия). Приступы моторной афазии характеризуются остановкой речи, искажением слова или вокализацией; при этом способность к пониманию речи окружающих сохраняется.

При опухолях височной области больной вдруг перестает понимать обращенную к нему речь (преходящая сенсорная афазия). Приступы сенсорной афазии характерны для опухолей левой височной области. Больные вдруг перестают понимать обращенную к нему речь, не могут уловить смысл слов, речь окружающих воспринимается как сплошной шум; из-за непонимания вопросов ответы больных выглядят случайными, спутанными. В период таких приступов могут выявляться также расстройства чтения, счета и письма. Так, у 24-летней студентки (удалена менингиома левой задневисочной области) приступ случился в универмаге: вдруг «стало плохо... смотрела на цены, но ничего не понимала... не узнавала букв и цифр»; это состояние длилось менее минуты (Бабенкова С.В., Волков В.Н., 1964).

Кратковременные расстройства речи могут быть также до или после судорожного припадка.

Далее приводится клиническая иллюстрация подобного состояния.

Больной О-яс, 24 лет. Находился на стационарном лечении в НИИ нейрохирургии с 27.03 по 18.04.96 с клиническим диагнозом: астроцитома левой заднелобно-теменной области; И/б 829/96. Признаки левшества в пробах рук (переплетение пальцев, зеркальное письмо и рисование). При дихотическом прослушивании низкий Кпу (9,5).

Родился в срок. Единственный сын в семье. В возрасте 11 месяцев было какое-то острое заболевание со слабостью в правых конечностях. Проводилась люмбальная пункция, было подозрение на энцефалит. Постепенно состояние стабилизировалось. В срок пошел в школу. Писал иногда зеркально. После окончания средней школы был призван в армию. Служил в войсках особого назначения. Во время службы больной оказался в ситуации, когда вынужден был стрелять в девушку. С того времени у больного часто возникало «насильственное видение» этой ситуации с девушкой. Отслужив срок, вернулся. Поступил в институт химического машиностроения, где проучился менее года. Стал работать на заводе, где главным инженером работал его отец, сначала на таможенной службе, а затем в группе маркетинга. Часто выпивал, ходил париться в баню.

С 2-летнего возраста появились и повторялись состояния: 1) уже виденного и уже слышанного; 2) ощущения того, что время «идет быстрее, чем обычно» и 3) «предсказания... предчувствования будущих событий»; больной их описывает плохо: в 12-летнем возрасте шел во двор и «заранее увидел» то, что еще было от него скрыто домами; завернув за угол увидел именно то; в другом случае из нескольких ящиков открыл именно тот, где были необходимые ему в тот момент приспособления для чистки обуви, которые он, якобы, увидел раньше, чем открыл тот ящик. Были «навязчивые желания», например, схватить металлический предмет и вбить себе в голову.

Во время осмотра в институте нейрохирургии больной сообщил врачу, что неоднократно подвергался травме (в том числе и головы): в автомобильной катастрофе и в драке. Вел свободный (вольный) образ жизни. Захотел жить отдельно от родителей и купил себе квартиру. Продолжал водить машину даже после того, как начались припадки. Считает себя здоровым до августа 1994 года, когда появились припадки. Первый приступ был в виде судорог в правых конечностях. Об этом припадке сам больной не помнил. После приступа оставался оглушенным, а речь была замедленной и нечеткой. Далее повторялись разные приступы. Описывает их плохо. Среди них были в частности и такие, когда больной замолкал, закрывал рукой рот, лицо становилось гиперемированным, на нем появлялось выражение тревоги и растерянности. К этому иногда присоединялись судороги в правой руке, ноге, а затем судорожные подергивания мышц правой половины лица. Находился под наблюдением нейрохирургов и невропатологов, получал финлепсин, но необходимый режим дня не соблюдал. По настоянию родителей переехал жить к ним.

Резкое ухудшение состояния наступило 30.03.96. Утром вместе с отцом пешком пошли на работу. На улице начался судорожный приступ в правых конечностях. Остановились. Но приступы шли один за другим. С трудом добрались до работы. Отец оставил его в своем кабинете, затем больного отвезли домой. С того времени состояние резко ухудшилось. Подобные приступы стали чаще. После каждого из них оставалась слабость в правой руке и резкое затруднение речи. О большинстве приступов сам больной не помнит. Знает только со слов сослуживцев и родителей, как начинаются и протекают некоторые из приступов. Например, в момент одного из них больной упал головой и верхней частью туловища на стол, затем начались судороги в правой руке и во всем теле.

Состояние больного в НИИ нейрохирургии до операции: в первые дни приступы повторялись часто (до 8 и более раз в день). При формально упорядоченном поведении, сохранении всех видов ориентировки бросались в глаза: 1) нарушения речи в виде резкого ее замедления, нечеткости произнесения звуков; 2) малая способность больного к описанию приступов, иногда полная беспомощность. Составилось впечатление, что у больного о многих приступах нет собственных воспоминаний. О том, как они протекают, знает со слов окружающих. Подчеркивает разнообразие приступов, но получить от больного полное точное представление о них невозможно. Описывает их нечетко. Во время некоторых из них слышит задаваемые ему вопросы, но ответить не может. После окончания приступа помнит задававшиеся ему вопросы и может их повторить. Но словесное

описание своих ощущений затруднено из-за нарушений речи. В лечение были включены бензонал, паглюферал, клоназепам. Припадки стали реже, а в течение 4 дней перед операцией их вообще не было. С прекращением приступов лучше, разборчивее стала речь больного. В предоперационные дни больной осознавал и был озабочен своим состоянием, готов был впредь соблюдать все врачебные рекомендации.

10.04.96 произведено удаление опухоли левой премоторной области. Гистологический диагноз: астроцитома.

В первые дни после операции находился в состоянии легкого возбуждения: быстро и много говорил, свое состояние оценивал как хорошее.

На 3-й день после операции сидит с опущенной вниз головой. Выражение лица тревожно-недоумевающее, растерянное. В этот день, со слов матери, больной вдруг стал малоподвижным, лицо — напряженным, задумчивым, было впечатление, что он чем-то озабочен, сосредоточенно оценивает что-то с ним происшедшее. На вопрос матери сообщил, что видел «сон соседа»(накануне этот сосед рассказывал, что у него есть 15-летняя дочь). Из дальнейшего рассказа больного можно было понять, что он видел во сне дочь соседа — «светловолосую», был крайне озабочен, напряжен. Успокоился после того, как в ответ на свой вопрос к соседу узнал, что его дочь темноволосая. Больной свое «видение» оценивал как необычное. Говорил, что стесняется рассказывать о своих переживаниях, что он «не сумасшедший», но что «видит сны своего соседа... видит его дочь со светлыми волосами». Не может объяснить, каким образом он их видит («не могу подобрать слова, никогда такого не испытывал»), жалуется на «нечто вроде щелчков в месте операции». Иногда отмечает у себя состояния, когда переживает как бы вновь отрезки своей прошлой жизни, идентифицируя себя не с тем, какой он сейчас, а с тем, каким был в переживаемых отрезках прошлой жизни.

Экспериментально-психологическое исследование (12.05.96): больной говорит, что «все осталось на месте». Речь тихая, замедленная, невнятная, монотонная. Не совсем понимает цели исследования: «необходимо для улучшения знаний и познания человека». Узкий спектр эмоциональных проявлений, неадекватность поведения в ситуации эксперимента. Часто отвлекается на внешние раздражители. Самооценка неадекватная (считает себя почти самым здоровым, самым умным, самым счастливым). Заявляет, что для полного счастью ему «не хватает 72 млрд. руб. и душевного покоя», а для того, чтобы стать самым здоровым надо «бросить курить, согнать лишний вес». Некритическое отношение к своему состоянию. Устал, но отрицал это до конца исследования, которое попросил закончить, так как «его ждут». По данным экспериментального исследования выявляется: нарушение личностного радикала (некритичность к своему состоянию, результатам деятельности. Однако больной все же осознает свои дефекты, но компенсаторные реакции в данном случае носят скорее патологический характер). Эмоциональная уплощенность. Неустойчивость умственной работоспособности. Нарушения мыслительной деятельности: а) динамические (нарушение целенаправленности, которое в данном случае могло возникнуть и из-за выпадения контроля за своими движениями и коррекции допущенных ошибок); б) мотивационные (элементы резонерства).

После выписки в течение 6 лет наблюдался в поликлинике НИИ нейрохирургии. Был неаккуратен в приеме противосудорожных препаратов. Неоднократно обращался по поводу повторных черепно-мозговых травм, полученных во время генерализованных судорожных приступов.

В данном наблюдении опухоль левого полушария мозга выявлена у больного с признаками левшества (проба на переплетение пальцев, элементы зеркальности в письме и рисовании, феномены предвосхищения). Картина поражения левой лобно-теменной области нетипична. Признаки нетипичности определяются скорее левшеством больного. Это особая, отсутствующая у правшей при поражении этой области мозга, полиморфность психопатологической картины: есть в частности феномены зеркальности

...щения и т.д. Поражению левого полушария соответствуют также структура ...ков и нарушения моторной стороны речи (резкое ее замедление, нечеткость ...ляции, искажения звуков).

...послеоперационном периоде отмечалось: легкое возбуждение с благодушным от... настроения в первые дни (больной много говорил, оценивая свое состояние, по... большой палец левой руки, в правой руке после операции резко наросла сла... значительно регрессировавшая к моменту выписки). На 3-й день после операции ... место эпизод, когда больной, по его характеристике, «видел сон своего соседа». ...эпизод можно расценить как пароксизмальное психотическое состояние, на кото... было амнезии. В момент же переживания этого состояния был скован, напряжен, ...бращен к своим переживаниям и сам расценивал их как «ненормальные».

...асстройства вербальных мышления и памяти. Возникают при опухолях левой ви... теменно-затылочной области. Наиболее часты два варианта (использованы обо...ния больных): *провалы мыслей* и *насильственные мысли.* Оба варианта подробно ...ы в главе 2.

...стройства памяти также проявляются в двух вариантах: *провалы памяти* и *на...венные воспоминания.* В первом случае наблюдается внезапная неспособность ...ить слова, имена даже близких людей (мужа, жены, детей). Например, один из ... (у которого была удалена менингиома средней трети фалькса слева), за год до ...ии пережил приступ на почте, когда отправлял сыну посылку. Он упаковал по..., написал адрес, оставалось указать имя и отчество жены, но не мог их вспомнить. ...райне растерян. Дома рассказал о пережитом. Вечером у него возник судорожный ...ок, начавшийся с поворота головы и глаз вправо. Во втором случае у больного ...ет тягостное ощущение необходимости что-то вспомнить, но он не может осоз... что именно — слово, мысль, действие, событие. Приступ длится секунды. Насту... частичная амнезия: сохраняется ощущение тягостности состояния.

Нарушения сознания. А.Л. Абашев-Константиновский (1964) описал внезапные, тран...ные выключения, «затемнения ясности» сознания, обнубиляции, обморочные со..., эпизоды сомнолентности, «онирические» состояния при опухолях ствола мозга, ...тал, что они почти в 2 раза чаще наблюдаются при надстволовых поражениях, чем ...оражении собственно ствола. Преходящие измененные состояния сознания состав... ...сть пароксизмов.

...ее излагаются нарушения, возникающие у правшей, характерные для опухолей ...го полушария, затем наблюдающиеся у больных с левополушарными опухолями. ...стояния, характеризующиеся «двухколейностью переживаний», возникают ...о при опухолях правой височной, височно-теменно-затылочной области. С на...нием приступа больной становится недоступным контакту, неподвижным, лицо ...ает в одном выражении. После приступа способен к самоописанию. В ряде случа... ...ступлением приступа больной воспринимает только правую половину окружаю... мира. Существует как бы второй поток переживаний. Его составляют события, ...да не бывшие в прошлых восприятиях или воспринимавшиеся больным много ...у назад, переживающиеся сейчас вновь в той же последовательности, в какой ...роисходили. Повторяется ускоренно: за секунды или минуту приступа больным ... переживаются события, занимавшие в реальной действительности дни, недели. ...е называют это состояние «дурью необыкновенной», «двойными чувствами». ...действительно, может идти о двойной ориентировке: больные продолжают вос...ать реальную действительность и одновременно пребывают в конкретных от... своей прошлой жизни.

...спышка пережитого в прошлом» — термин, был предложен W. Penfield для ...чения состояний, возникавших при электрической стимуляции коры правых

височных областей (Penfield W., Roberts L., 1959; 1965). М.Б. Кроль обозначил этот феномен как «галлюцинация памяти».

Такие состояния наблюдаются при опухолях правой гемисферы. Они возникают внезапно и быстро обрываются. Больные перестают воспринимать окружающий мир. Замолкают, если до этого говорили. На вопросы не отвечают до тех пор, пока приступ не прекратится. Лицо малоподвижно, застывает в одном выражении. По окончании приступа больные как бы оживают. Способны точно передать собственное состояние в момент приступа. В соответствии с постприступными самоописаниями, во время приступа больные, уже не воспринимающие реальной действительности, оказываются в конкретном отрезке своей прошлой жизни. В этот момент они воспринимают себя не такими, каковы есть в действительности, а такими, какими были в отрезке прошлого, в который «вернулись». Весьма характерна одна особенность: повторяются образы из прошлого, но никогда не повторяются движения, высказывания, реализовывавшиеся в том отрезке времени.

Онейроидные состояния составляют содержание приступа при глубинных опухолях правого полушария, селлярно-хиазмальной области, III желудочка. Больные перестают воспринимать реальный мир и переживают нереальный. Характерна сенсомоторная диссоциация: больные внешне обездвижены, перестают отвечать на вопросы, но их сознание не пусто, а «заполнено» переживанием иного мира со множеством событий, часто фантастических. Полное самоописание состояния доступно больному в первые часы после приступа. В последующем от него невозможно получить подробной передачи содержания переживаний, но остается воспоминание о факте бывшего состояния. Даже в первых самоописаниях наиболее затруднительными для больных оказываются ответы на расспросы врача о месте и времени, в которых как бы происходили пережитые ими события. Они в самоописаниях больных выглядят лишенными пространственной и временной отнесенности. Приступы возникают обычно на фоне нарушений сна и сновидений, снижения чувствительности на левой половине тела (Абрамович Г.Б., 1940).

Абсансы (кратковременное выключение сознания) возникают при опухолях лобно-височной области, чаще слева.

При простых абсансах отмечается полная, но кратковременная (до 15 секунд) утрата сознания, остановка взора, замирание, прерывание произвольной двигательной активности, отсутствие падения. Во время приступа больной выключается из сознательной психической деятельности. По окончании приступа он способен продолжать нормальную деятельность, не помнит о только что случившемся состоянии (на приступ, как правило, наступала полная амнезия). Больные долгое время могут не замечать такие приступы.

Психомоторные припадки. Во время припадка больные внешне остаются активными, совершают как элементарные стереотипные действия (автоматизмы), так и сложную, последовательную психомоторную деятельность. Характерна полная амнезия на весь период приступа. Припадок может быть описан только внешним наблюдателем, оказавшимся возле больного в это время, или он очевиден для больного по результатам действий, осуществленных им в момент приступа. Часто поведение больных является как бы продолжением начатого действия (закрывание-открывание двери, расстегивание-застегивание пуговиц и т.п.). Некоторые больные в момент припадка растерянно озираются по сторонам, перебирают оказавшуюся в руках вещь, теребят скатерть, переставляют посуду на столе. Но иногда больные ведут себя абсолютно неадекватно. Так, одна больная во время приступа вдруг начинала раздеваться и аккуратно складывать одежду рядом с собой. После выхода из приступа она ничего не помнила о произошедшем, переживала, как такое могло случиться. Психомоторные приступы чаще отмечаются при поражении лобно-височной области левого полушария головного мозга.

Больной Б-н, 17 лет, правша. Находился на стационарном лечении в НИИ нейрохирургии в 2000 году с клиническим диагнозом: внутримозговая опухоль левой височно-теменной области; И/б 1564/2000.

Не работает. 8 лет назад получил черепно-мозговую травму в результате удара дверью по голове. Через 3 месяца после этого мать больного заметила случаи, когда больной замирает на 1–2 секунды с открытыми глазами, без падения. Подобные приступы стали повторяться до 1 раза в неделю. В феврале 1992 года на фоне риновирусной инфекции с высокой температурой больной в течение 3 часов вел себя неадекватно ситуации: пытался дома разжечь костер — сложил в кучу газеты и поджег, не реагировал на замечания окружающих, не понимал обращенной к нему речи. Был экстренно госпитализирован в МОНИКИ, там пришел в себя. О произошедшем не помнил. После назначения финлепсина приступы прекратились на 3 месяца. Затем приступы, когда больной вдруг начинал вести себя неадекватно, возобновились до 5–6 раз в день, несмотря на постоянный прием антиконвульсантов: он начинал что-то перебирать, иногда совершал стереотипно одно и то же действие (открывал-закрывал шкаф). После приступов вял, сонлив, заметно нарастала слабость в правых конечностях. Практически на все приступы наступала амнезия. В 1996 году развился первый генерализованный судорожный приступ с преобладанием судорог в правых конечностях. За последний год появился и нарастал правосторонний гемипарез.

При осмотре психиатра: на вопросы отвечает односложно, после паузы, монотонным голосом. С трудом подбирает слова, формулирует свои мысли. Самостоятельно жалоб не предъявляет. Всесторонне ориентирован. Слушает собеседника, инициативы в беседе не проявляет. Безразличен к происходящему. Заторможен в движениях. В суждениях упрощен, замедлен, труднопереключаем. Грубо снижена вербальная память. Нет собственных воспоминаний о приступах. Эмоционально уплощен, монотонен, однообразен. Нет адекватных переживаний своего состояния. Безразличен к рекомендациям по лечению. Формально соблюдает дистанцию.

В данном наблюдении эпилептический синдром явился одним из первых клиниче- проявлений органического поражения мозга. Структура пароксизмальной сим-атики (абсансы, амбулаторные автоматизмы, амнезия на приступы) соответствует -изации поражения мозга, а именно левой теменно-височной области. Также -льного заметно выражены интеллектуально-мнестические (замедленность, ригид-, нарушение вербальной памяти) нарушения, характерные для дисфункции лево-олушария.

Сумеречные состояния сознания возможны при опухолях левой лобно-височной -сти (подробно описаны в главе 2).

Дифференциальная диагностика опухоли мозга и эпилепсии особенно трудна при -ии «интерпароксизмальных черт психики, близких к проявлениям генуинной -епсии» (Шмарьян А.С., 1949). Такие черты наблюдаются у больных с медленно -ущими доброкачественными опухолями при отсутствии или малой выраженности -овой неврологической симптоматики.

Послеприпадочные состояния сознания различны. У больных с левополушарными -олями выход в ясное сознание, как правило, затянут, наступает амнезия на припа- При правополушарных опухолях это наблюдается редко. Промежуточное (между -адком и ясным сознанием) состояние выражается в дезориентировке с растерян-ю. Возможно психомоторное возбуждение. Больные суетливы, пытаются встать, -то идти. На их лицах — выражение страдания и беспомощности. Они озираются -торонам, мучительно-тревожно вглядываются в лица находящихся около них -их людей, не узнают их. Быстро отвлекаются на посторонние звуки, шумы. -тно что-то бормочут. Речевой контакт с больными еще невозможен. Они не -ливают смысла вопросов. Постепенно появляются все более отчетливые реакции

на обращения к ним, вначале — в виде поворота головы в сторону спрашивающего, но способность понять вопросы, ответить на них пока отсутствует. Постепенно регрессируют растерянность и недоумение. Больные начинают отвечать на вопросы уже вполне осмысленно, их двигательное поведение становится упорядоченным. Они могут с удивлением спросить у близких, заметив их озабоченность, что происходит, так как сами ничего не помнят.

Реже наблюдается постприпадочное оглушение: больные заторможены, медлительны, вялы, их лица невыразительны, амимичны; ответы на вопросы врача следуют после длинной паузы. Из оглушения больной может перейти в состояние психомоторного возбуждения с преходящими речевыми и правосторонними двигательными нарушениями.

5.1.2. Непароксизмальные психические нарушения

К этой группе относятся постоянные постепенно нарастающие нарушения психической деятельности. Возможны продуктивные и негативные (дефицитарные) симптомы. Имеются данные, свидетельствующие о большей частоте первых при опухолях височной, хиазмально-селлярной областей, а вторых — при опухолях лобных, особенно конвекситальных отделов. Спектр этих нарушений широк. Они различны при поражении правого и левого полушарий. Ниже излагаются наиболее часто встречающиеся расстройства.

Расстройства сна и сновидений отмечены у 37,4% больных с опухолями больших полушарий, у 62,5% — с опухолями гипофиза, у 72,8% — мозжечка, у 60% — ствола мозга (Касаткин В.Н., 1972). Они наблюдаются чаще при правополушарных (53%), реже — при левополушарных (32%) опухолях. При этом изменения сна, цикла сон–бодрствование, а также структуры, содержания и эмоциональной окраски сновидений различны.

При опухолях правого полушария отмечены изменения ритма сон–бодрствования, дневная сонливость, учащение и изменение характера сновидений. Больные жалуются: «не сплю, а всю ночь вижу сны». Если раньше были только черно-белые сны, то теперь появляются цветные. Цвета неестественно ярки, может присутствовать только один цвет. Изменяется эмоциональная окраска сновидений. Они характеризуются больными как «кошмарные», «ужасные и страшные». Некоторые больные не могут отграничить виденное во сне от происходившего в реальной жизни. Эта неспособность особенно выражена в первые минуты после пробуждения. Возможны стереотипные — повторяющиеся из ночи в ночь сновидения. Некоторые больные сновидения называют «двойными»: во сне они как бы вновь переживают случающиеся в состоянии бодрствования явления дереализации-деперсонализации. В сновидениях некоторых больных в той же последовательности повторяются все события прошедшего дня. Если больные ночью просыпаются, и сновидение прерывается, то, засыпая, продолжают видеть во сне последующие события прошедшего дня, а при утреннем пробуждении — в ускоренном темпе — последние.

В самоописаниях больные с опухолями левого полушария нередко отмечают урежение сновидений и иное, чем у здоровых, ощущение самого сна. Сон у них сводится к «недуманию», исчезновению мыслей.

Нарушения памяти. Максимальным нарушением памяти является корсаковский синдром. Часто он проявляется при глиомах височно-теменных отделов правого полушария, а также опухолях III желудочка. В синдроме представлены следующие симптомы: фиксационная амнезия — незапоминание текущих событий; конградная амнезия — выпадение из памяти событий на момент нарушенного сознания; ретроградная амнезия — отсутствие воспоминаний о событиях, предшествующих нарушению сознания. Отмечена дезориентировка в личной и окружающей ситуации, месте, времени. Конфабуляции, как правило

…ываются больными не спонтанно, а в ответ на расспросы; их содержание составляют …ие события, переносимые больным из прошлого на настоящее время. Упоминаются …о события до периода, охваченного амнезией. Характерны эйфория, анозогнозия. …очевидной для окружающих беспомощности больной считает себя здоровым. На…даются грубые расстройства восприятия пространства и времени. Больные не могут … своей палаты, в палате ложатся на чужие кровати. Ошибочно определяют время дня …ельность происходящих событий. Это состояние часто сочетается с левосторонними …ельными и чувствительными нарушениями, а также с левосторонней пространст…й агнозией.

Проиллюстрируем вышесказанное на клиническом примере.

…ольной В-ов, 55 лет, правша. Находился на лечении в НИИ нейрохирургии с клиниче…ким диагнозом: анапластическая астроцитома глубинных отделов правой теменной …и; И/б 2337/93.

По характеру уравновешенный, общительный, энергичный. Заболевание манифестиро…ло за 2 месяца до поступления в институт: стал забывать текущие события. Затем … работе сослуживцы начали замечать, что больной стал неопрятен, неряшлив, без…ичен к своему внешнему виду, чего раньше не было. Появилась утомляемость — …ал уставать от привычной работы. Отдых не приносил облегчения. При обследова…ии обнаружено объемное образование правой теменной доли.

При поступлении в НИИ нейрохирургии выявлены: грубый левосторонний гемипарез … преобладанием расстройств движений в руке, грубые нарушения всех видов чувстви…льности слева, левосторонняя гомонимная гемианопсия. Отмечены неустойчивость …иентировки в окружающем, нарушение запоминания текущих событий с редкими …денными конфабуляциями, неточное воспроизведение событий, произошедших не …только после начала заболевания, но и предшествовавших ему — с преобладанием не…очной локализации их во времени; отсутствие адекватной критики к своему состоя…ю, эмоционально-личностная расслабленность.

При КТ накануне операции на фоне обширной зоны понижения плотности (отек мозго…й ткани) выявлена накапливающая контрастное вещество опухоль в виде неоднород…ого повышения плотности с распадом в правой теменной доле, расположенная больше … медиальных отделах и распространяющаяся на валик мозолистого тела.

…ольной был прооперирован по поводу удаления опухоли глубинных отделов правой те…енной доли. Гистологический диагноз: анапластическая астроцитома.

На шестые сутки после операции отмечалось кратковременное возбуждение. По выходе …з него при расспросе с ужасом и горечью рассказал, что видел в левом углу палаты (пока…ал правой рукой в этом направлении) «убитых сына и жену», считал это связанным … политическими событиями (захват Белого дома). Разубеждению не поддавался. …есмотря на трагический сюжет переживаний и отсутствие критики к перенесенно…у психотическому эпизоду, был внешне спокойным, расслабленным, даже несколько бла…душным.

При осмотре на следующий день: знает, что находится в московской больнице, но не …ает в какой именно. Не может назвать текущие число (12-е вместо 26-го), месяц (на…ает август, хотя идет сентябрь), год (1968…, 1973) и свой возраст (35..., 42..., 70). …нав текущий год, не может определить, сколько ему лет. Ошибается относительно …а пребывания в стационаре: утверждает, что находится здесь 3–4 месяца, хотя на …ом деле — 1 месяц. На вопрос, чем занимался утром, отвечает: «гулял по улице во … дождя» (хотя самостоятельно не ходит). Факт операции признает, но считает, …о ее «сделали 4 недели назад», хотя прошла только неделя. Помнит единичные со…тия предыдущего дня. Узнает своего лечащего врача, но не помнит его имени и от…ства, хотя спрашивает об этом несколько раз в день. Описывая по просьбе врача …трак, неверно называет блюда, которые ел. Достаточно подробно описывает свою …ографию, но грубо ошибается в хронологии (например, «поступил в МГУ в 1956 году,

проучился 6 лет, закончил в 1973», путает временную последовательность отдельных событий). При просьбе запомнить сегодняшнюю дату не смог воспроизвести ее через 5 минут (хотя о задании якобы помнит). Свою память оценивает как удовлетворительную, хотя соглашается, что она «стала похуже».

Во время последующих осмотров больной обычно лежит в постели. Если к нему подходят слева и обращаются, то он никак на это не реагирует. Когда с ним разговаривают два врача, находящиеся по обе стороны кровати, не обращает внимания на находящегося слева. В то же время, если вошедший в палату врач заговорит с ним, находясь справа от него, он поворачивает голову, приветствует устно и улыбкой. Несмотря на грубый левосторонний гемипарез с невозможностью самостоятельного передвижения, абсолютно не замечает этого: считает, что может пойти с врачом. Делая соответствующую попытку, тут же падает, но не смущается, объясняет неудачу «временной слабостью». Совершенно не пользуется левой рукой при некоторой возможности движений. Во время одного из осмотров больной, лежа в постели, не замечал, что его левая нога свисает с кровати, касаясь пола. На замечание безразлично прореагировал: «надо же». Неправильно называет пальцы на левой руке, успешно справляясь с этим заданием, когда их показывают на правой. Неспособен определить время по часам: вместо 9 часов 15 минут говорит: «15 минут...» (не видит часовую стрелку, находящуюся в правом поле зрения).

При описании картинки упускает детали, расположенные в левой стороне, нисколько не беспокоясь, что не получается целостного сюжета. Предъявленные тексты читает с середины страницы, на замечание удивляется: «неужели» и, прочитав одну строчку с начала, следующую снова читает с середины, несмотря на отсутствие смысла в прочитанном. Рисует только в правой половине листа. При зачеркивании точек в растре не замечает точки, расположенные слева. Не может описать расположение комнат в своей квартире, особенно выраженные трудности отмечаются при попытке воспроизвести то, что находится слева от входящего в квартиру. Неспособен перечислить жалобы; в настроении преобладает благодушие, расслабленность. Предоставленный самому себе безучастен, безразличен к окружающему.

На третьей неделе после операции на короткое время стали появляться периоды раздражения, во время одного из которых повздорил с соседом по палате. После чего повернулся к нему левым боком и быстро успокоился, перестал отвечать, несмотря на то, что тот продолжал развивать конфликт.

За последующие 2 месяца произошел значительный регресс мнестических нарушений. Восстановилась ориентировка: удерживает в памяти дату, правильно называет институт, помнит имя и отчество врача. Нет ложных воспоминаний. Усилилась раздражительность, появилась подавленность, при расспросе о болезни часто появляются слезы, расстраивается, когда не может точно ответить на вопросы. Стали обнаруживаться элементы критики, осознания болезни, некоторая озабоченность перспективами. Уменьшился левосторонний гемипарез, стал ходить в пределах палаты с помощью родственников. Уменьшилось левостороннее игнорирование, хотя при перечислении жалоб нарушение восприятия левого пространства больной по-прежнему не упоминает. В таком состоянии был выписан домой.

В данном наблюдении представлена развернутая картина корсаковского синдрома в виде нарушений памяти на текущие события, ретроградной амнезии, дезориентировки в месте, времени и личной ситуации, анозогнозии, расслабленности, преобладания благодушия. Он сочетается с левосторонней пространственной агнозией, сопутствующей левосторонним гемипарезу, гемигипостезии, гомонимной гемианопсии, особенно ярко проявившись после операции (по поводу анапластической астроцитомы правой теменной доли). В остром послеоперационном периоде отмечался эпизод возбуждения со зрительными галлюцинациями, которые локализовались в игнорируемом больным

пространстве, что соответствует описанным в литературе «гемианоптическим» (Гуревич М.О., 1933) или «гомолатеральным» галлюцинациям (Семенов С.Ф., 1965).

Для опухолей левого полушария мозга характерны нарушения вербальной памяти. Они обычно менее выражены, и обозначаются как «дисмнестический синдром». Больной забывает слова, имена, номера телефонов, собственные намерения. Такие состояния отличаются от корсаковского синдрома: сами больные активно жалуются на снижение памяти, переживают, стремятся к компенсации. Например, записывают все, подлежащее запоминанию, исполнению.

Эмоционально-личностные нарушения при опухолях правого и левого полушарий мозга подробно описаны в главе 2.

Нарушения сознания встречаются во много раз реже, чем описанные выше пароксизмальные психические расстройства. Они могут возникнуть у больных с быстро растущими злокачественными опухолями. Отмечаются расстройства в виде угнетения-выключения сознания (оглушение, сопор, кома), в психиатрической литературе обозначающиеся еще как «загруженность», «оглушенность» (Лукомский И.И., 1961). Они нередко обнаруживаются у пожилых больных с опухолями мозга, оказывающихся в психиатрическом стационаре.

5.1.3. Особенности психических нарушений в детском и пожилом возрасте

Психические нарушения при опухолях мозга у больных крайних возрастов отличаются от таковых у больных среднего возраста меньшей дифференцированностью при поражении различных областей мозга, что обусловлено менее выраженной у первых асимметрией функций больших полушарий по обеспечению целостной психики. Однако структура и течение психических расстройств у детей и стариков имеет существенные различия, связанные с противоположностью дальнейшей динамики асимметрии мозга: ее пик у детей — в будущем, у стариков — в прошлом.

У пожилых больных опухоли мозга часто не распознаются при жизни, поэтому они в связи с психическими нарушениями нередко оказываются в психиатрическом стационаре. А опухоль мозга у них часто обнаруживается только при аутопсии. Течение опухоли мозга у этих больных разнообразно. Часто клиника опухоли протекает по типу сосудистого заболевания: у каждого седьмого больного наблюдается апоплектиформное выпадение функций (Талейсник С.А., 1979). Преобладают метастатические опухоли, глиомы, менингиомы. Подчеркнута высокая частота обнаружения у пожилых больных опухолей левой лобной, лобно-височной областей (Ротин Л.Я., 1961; Никитин В.А., Бадин М.И., 1961; Дягилев В.В., 1986).

Эпилептические припадки при глиальных опухолях больших полушарий встречаются в 3 раза реже у пожилых больных, чем у пациентов моложе 40 лет. При опухолях лобных отделов развивается деменция, сходная с болезнью Пика; при опухолях теменной, теменно-лобной и теменно-лобно-височной областей — напоминающая болезнь Альцгеймера (Ромоданов А.П., 1995); при лобно-базальных опухолях картина близка пресенильному психозу (Лукомский И.И., 1961).

Своевременная диагностика опухолей у пожилых людей часто бывает затруднена в связи с отсутствием головных болей, застойных явлений на глазном дне, краниографических изменений. Реже, чем в зрелом возрасте, у пожилых возникает отек, набухание мозга, а также повышение внутричерепного давления.

По данным Л.А. Абашева-Константиновского (1973) опухоли мозга прижизненно распознаются в 2/3 случаев: у 21,6% больных в возрасте 60–69 лет и у 69,4% больных в возрасте 70 лет и старше; по данным В.С. Шныровой (1960) — у 11,9% больных в возрасте

20–59 лет и у 65% — старше 60 лет. При менингиомах это отмечено в 40% случаев, при глиобластомах — в 30% (Ромоданов А.П., 1995).

Частоту диагностических ошибок у больных пожилого возраста Л.Я. Ротин объясняет тем, что у них «на передний план выступают не симптомы фокального поражения, а явления психического порядка». Особая выраженность психических нарушений приводит их в психиатрический стационар. Среди причин ошибок — неполнота обследования, недоучет динамики развития (постепенного, внезапного) гемиплегии, невыявление смещения срединных структур мозга (Копшицер И.З., 1961). Особо следует подчеркнуть недооценку особенностей психических нарушений в объективном анамнезе больных, в частности проявлявшихся приступообразно.

У пожилых больных слабо выражена (отсутствует) зависимость психических нарушений от стороны расположения опухоли, ее внутриполушарной локализации. Часты общие сенильноподобные изменения психики: обострение характерологических черт, уход в прошлое, амнестико-конфабуляторные образования, бредоподобные идеи ограбления и ущерба. На этом фоне могут не улавливаться не свойственные больным со старческим слабоумием глубокая астения, вялость, отсутствие суетливости.

В связи с вышеизложенным психиатры должны обращать внимание на анамнез, где могут быть данные о нарушениях, проявлявшихся за многие годы до обследования, — неврологических, эндокринных, психических.

У двух больных — 71 года и 79 лет (на аутопсии — большие менингиомы левой лобно-височной области) более 15 лет тому назад были недооценены состояния, близкие к сумеречным расстройствам сознания, характерные для опухолей данного расположения. В таком состоянии одна из больных «схватила ребенка — внука — и зимой в одном халате выбежала с ним на улицу»; на этот приступ наступила полная амнезия.

5.1.4. Острые послеоперационные психозы

Острыми послеоперационными называются психозы, проявляющиеся на 2-й или 3-й день после удаления опухолей мозга. История их изучения длинна. Началась она еще тогда, когда операции на мозге производились под местной анестезией. Изменения поведения больных наступали на операционном столе.

Они обусловлены многими факторами, сопровождающими операцию по удалению опухоли мозга. Чаще возникают после удаления опухолей III желудочка, аденом гипофиза и краниофарингиом, новообразований больших полушарий мозга. Редки после операций на образованиях задней черепной ямки. Но возможны (описаны в литературе) психозы после удаления опухоли (или гематомы) ствола мозга, отличающиеся от их аналогов после операций на других структурах мозга.

Клиническая картина психозов после вмешательств на задних отделах правого полушария, III желудочка, хиазмально-селлярной области полиморфна. Возможны онейроидные состояния с сенсомоторной диссоциацией и способностью больных к ретроспективному самоописанию пережитого состояния, остро развивающийся корсаковский синдром с эйфорией, обильными конфабуляциями, акинетический мутизм с застываниями (Cairns H. et al., 1941; Брагина Н.Н. и соавт., 1997; Коновалов А.Н. и соавт., 1998; Воронина И.А. и соавт., 1998; Доброхотова Т.А. и соавт., 1999).

Н.М. Вяземский (1964) описал различные нарушения психической деятельности (вплоть до психозов) в момент операции на мозге, производившейся под местной анестезией. Подобное состояние описано им, в частности, в 1946 году у 36-летней больной. Ей производилось под местной анестезией двухэтапное удаление менингиомы правой теменно-затылочной области.

...о время операции больной казалось, что хирург отошел от нее на 60 метров и кричал ...о-соловьиному», щелкал локтями и стучал каблуками. Говорила, что в голову ей положили ножницы, которые давили ей на мозг и мешали думать, что ее руки и ноги стали ...омными, весом «в несколько пудов», что она приобрела необычайную силу, могла побо...ть любого «бурлака». После первого этапа хирургического лечения у больной развилось ...рое психотическое состояние. Оно сохранялось до второго этапа операции: больная ...рой была тосклива, иногда тревожна, возбуждена. Громко кричала и плакала. Умоля... ее спасти, так как она умирает. Ощущала сильные боли во всей левой половине тела. ...еряла, что «вместо сердца у нее лежит пробка, а в животе шевелится ребенок»; левые ...нечности и голова очень тяжелые и весят так много, что их никто поднять не может. У нее гигантский рост, она может свалить одним ударом любого «силача». В ком...те пахнет удушливым дымом или одеколоном и т.д.

...рез месяц — второй этап с дальнейшим удалением опухоли. Больная возбуждена, ...мко кричит и плачет. Говорит, что задыхается от удушливого дыма, любое прикос...ние к ней (даже простыней) вызывает невыносимую боль. Но при этом больная была ...но ориентирована в месте, правильно определяла месяц, год. Довольно полно и пра...льно воспроизводила настоящую ситуацию. После операции она оставалась в том же ...стоянии. Всех окружающих принимала за своих родных, причем называла каждый раз ...ловека, к которому обращалась, одним и тем же именем, ею придуманным. Появились ...жения в левых конечностях. Но нарастала и стала резко выраженной кахексия. ...льная умерла. На вскрытии: опухолевая масса находилась в большой продольной бо...зде справа от серповидного отростка (от уровня колена мозолистого тела и до задней ...сти III-го желудочка), глубоко оттесняя медиальную поверхность правого полушария ...деформируя полосатое тело и зрительный бугор справа.

... структуре этого психотического состояния Н.М. Вяземский считал характерными: ...нятельные галлюцинации (постоянный запах «удушливого дыма»), «таламические» ..., нарушения «общего чувства» с изменениями восприятия своего тела; 2) тоскливое ...ение; 3) своеобразное расстройство зрительного восприятия с нарушением узна... окружающих лиц; 4) высказывания, близкие к конфабуляциям; 5) сохранность ...тировки и сознания болезни.

... другой 36-летней больной при манипуляциях в области серого бугра в момент уда... опухоли гипофиза Н.М. Вяземский описал маниакальное состояние «в оправе сно...ной оглушенности с переходом в патологический сон и корсаковский синдром».

... описании Н.М. Вяземского подчеркивается нарушение восприятия самого себя, час... своего тела и окружающих (неузнавание близких), обонятельные галлюцинации ...риятные запахи»), тоска при сохранении осознания болезни и ориентировки в ходе ...ции на правом полушарии мозга, проводившейся под местной анестезией.

... настоящее время, несмотря на многократно повысившиеся возможности анестезио..., реаниматологии, оперативных вмешательств, психозы после удаления опухолей ... продолжают наблюдаться. Есть определенная закономерность в их возникновении ...ической (психопатологической) структуре. Последняя зависит от: 1) местоположе... удаляемой опухоли и 2) преходящих изменений внутренней среды организма, наибо...сто наступающих у больных после операций на таламогипоталамических образова... (Брагина Н.Н. и соавт., 1997).

...учение послеоперационных психозов выявляет определенную закономерность. ...ается она в уже упомянутых различиях структуры послеоперационных психозов ...симости от места операции. Например, у правшей клиническая картина психоза ... различна после операций на правом или левом полушарии. Причем психопато...ская симптоматика или структура психоза часто повторяет клиническую карти...холи в соответствии с ее локализацией, гистологической структурой. У левшей

возможны различия в частоте появления, клинической структуре послеоперационных психозов, требующие специального изучения.

Своеобразием отличаются психозы, в структуре которых есть эйфория разной степени выраженности. Это может быть эйфорическое состояние с беспрерывным говорением, крайней отвлекаемостью и откликаемостью на все разговоры, звуки вокруг больного (полевое поведение), сдвигательным беспокойством (повторяющиеся попытки встать, сесть), смехом, дурашливостью, фамильярностью по отношению к медицинскому персоналу, громким пением при игнорировании ситуации реанимационного отделения, тяжелого состояния окружающих больных.

Приведем описание острого психоза, развившегося у 46-летнего больного после удаления внутримозговой опухоли (глиобластомы) левой височно-теменной области.

Больной Т-в, 46 лет, дважды находился в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко с диагнозом: глиобластома левой височно-теменной области; И/б 1608/95 и 247/96.

Правша, в семье левшей нет. Женат, имеет сына и дочь. Водитель таксомоторного парка. Болен с января 1995 года, когда в парилке впервые случился приступ. Жена знает об этом только со слов друзей больного: он потерял сознание, некоторое время пролежал, видимо, без сознания. Но описания начала припадка нет.

Жена видела два следующих припадка, случившиеся уже летом 1995 года. При первом голова и глаза больного повернулись вправо и вверх, начались судороги. При втором припадке сначала больной «вытянулся, как струна», потом начались клонические судороги. Прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания не было. Сам больной ни об одном из припадков не помнит. После припадка бывает несколько растерянным, возбужденным. Видя удивленные и огорченные лица близких, склонившихся над ним, пытается спросить, что же с ним случилось. Речь остается некоторое время замедленной, затрудненной. После четвертого припадка больной был госпитализирован в 32-ю городскую больницу. После обследования в неврологическом отделении установлена опухоль теменной области слева, смещение срединных структур мозга. Был переведен в НИИ нейрохирургии. При первом поступлении в 1995 году больной от операции отказался.

После выписки из НИИ нейрохирургии приступ повторился. Теперь уже после него оставалась слабость в правой руке; замедление речи было более грубым, чем раньше. Вновь был стационирован в ГКБ №32, где был некритичен, неопрятен в постели (мочой). Переведен в НИИ нейрохирургии.

При поступлении: состояние средней тяжести. Выраженный правосторонний спастический гемипарез. Лежит на каталке. На осмотр практически не реагирует. Конвергенцию вызвать не удается, ограничены движения глаз во все стороны, больше — вниз. Зрительные функции проверить не удается по тяжести состояния. Диски зрительных нервов светло-розовые, границы не совсем четки, с небольшим отеком справа только по ходу сосудистого пучка — начальные застойные явления. Оптокинетический нистагм выпал вправо и вверх, гиперрефлексия калорического нистагма. Заключение отоневролога: нарушение оптомоторных путей в глубинных отделах левого полушария мозга, ирритация стволовых вестибулярных образований уровня задней черепной ямки.

КТ головного мозга при поступлении: объемный процесс в области левой теменной доли. До операции отмечены выраженные речевые нарушения. Иногда больной не понимает элементарных инструкций и не выполняет их. Подавлен, тревожен, быстро устает. Неопрятен в постели (мочой). Недостаточно активен. Речевое общение с больным резко ограничено.

29.01.96 произведена операция: удаление внутримозговой опухоли (глиобластомы) левой височно-теменной области. Непосредственно под оболочкой — прорастающая кору опухоль, гетерогенная по структуре, консистенции и цвету. Опухоль удалена до визуально неизмененного мозгового вещества, включая перифокальную зону.

...ерез 2 часа после окончания операции в отделении реанимации больной обнаруживает ...изнаки ясного сознания. Обращенные к нему вопросы понимает. Сохраняется выра...ный правосторонний спастический гемипарез.

...а следующий день после операции: состояние средней тяжести. Быстро реагирует на ...просы. Отвечает лучше и быстрее, чем до операции. Быстрее в движениях. Но при ...просах выявляется дезориентировка в месте и времени. В этот же день больного ви...а жена. По ее оценке у больного было «прекрасное состояние»: говорил хорошо, «нико... таким хорошим он не был».

...второй день после операции жена заметила изменения в поведении больного. Он ста...ился все более злобным, агрессивным, грубо отказался от помощи жены, пытавшейся ...ить ему чай. Громко говорил: «сам налью, нечего здесь тебе делать». Выглядел подоз...ельным по отношению к жене, как-то особо внимательно к ней приглядывался.

...раженная агрессивность и двигательное беспокойство наблюдались ночью на вторые ...ки после операции. На ночь в палате с больным оставалась жена. По ее словам, боль... не спал. Говорил о каких-то мужских фигурах. Испытывал страх. Считал, что его ...т «погубить». Его преследуют. К преследователям причислял и свою жену. Внезап... стал резко агрессивным, злобным, схватил ее за горло, стал душить, пытался поре...ь ножницами. Она с трудом вырвалась из объятий мужа. Но больной не успокаивал... оставался напряженным, беспокойным, для удержания его в постели потребовался ...аточно многочисленный персонал.

... следующий день продолжалось резко выраженное двигательное беспокойство. Кри... Пытался уйти. Отталкивал от себя всех приближающихся к нему. По отношению ...сем был подозрителен.

... 5-й день после операции: выраженное возбуждение, к чему-то прислушивается, отве... кому-то. При расспросах подтверждает, что слышит голоса внутри головы. Они ... незнакомы; содержание разговоров очень неприятное. Произнес, что внизу живут ...енькие», показывает рукой под кровать, что-то с себя стряхивает. Настроение ...енное. Речь быстрая, бессвязная. Критики к болезненным состояниям нет.

...-й день после операции: больной лежит, фиксированный к кровати. Такое ограниче... в движениях было необходимым накануне из-за того, что пациент был возбужден, ... агрессивен. При обращении открывает полуприкрытые глаза. Назвал себя, воз..., специальность только в ответ на расспросы. Правильно назвал жену и детей. ...иентирован в месте и времени, в своей настоящей ситуации. В целом речевой ста... лучше, чем вчера. Ответы на первые вопросы — по существу. По мере утомления ... ухудшается. Появляются элементы непонимания обращенных к нему вопросов. ...ного трудно понять из-за артикуляционных нарушений, смазанности речи, не...сти произнесения звуков. Временами что-то невнятно говорит и вне расспросов. ... понять лишь одно высказывание: «сегодня на рассвете уезжал на завод».

...равнению с состоянием при предыдущем осмотре уменьшилась напряженность воз...ия. Но все же больной остается в состоянии, требующем постоянного надзора: ...ми представляется спутанным, периодически проявляются галлюцинаторные ...ены и бредовые высказывания.

...смотре на 14-й день после операции: больной встает, садится, ходит. Выходит из .... Увидев врача, улыбнулся, хотя создается впечатление, что врача принимает ...акомого ему человека. На вопрос, как себя чувствует, ответил: «как будто нор...». Нет затруднений в понимании заданного вопроса. При расспросах о его состоя... ...олько дней тому назад смущенно улыбается и повторяет: «буйствовал». Когда ...о просят подробнее рассказать об этом состоянии, говорит: «многое не помню». ...яется случившемуся. Говорит, что он «очень мягкий человек и никогда ничего ... не было».

Это наблюдение иллюстрирует характерные для левополушарного поражения мозга правшей особенности. Подчеркнем две из них.

Клинические проявления глиобластомы левой теменной области начались с эпилептических припадков. Их структура соответствовала месту поражения мозга: начинались с поворота головы и глаз вправо, наступала полная амнезия на приступы, вслед за припадками обнаруживались слабость в правой руке и речевые нарушения.

В послеоперационном периоде на фоне явного улучшения психического состояния с восстановлением быстрой и точной речи, движений развилось острое психотическое состояние. В целом психическое состояние, речевой статус больного были лучше, чем до операции. Поведение больного по отношению к жене было адекватным в первый день, но уже на второй день после операции появились черты подозрительности, а затем агрессивность, злоба, отказ от ее помощи. Плохой сон ночью.

Между вторыми и третьими сутками возникло острое психотическое состояние, содержание которого составляли галлюцинаторные и бредовые переживания: слышал голоса мужчин, видел мужские фигуры, был убежден в наличии преследователей, которые вместе с его женой хотят ему нанести вред. Это состояние сопровождалось резким двигательным возбуждением, агрессивностью, злобой.

В выраженной форме психотическое состояние держалось несколько дней. Постепенно ослабевало, и к 14-му дню наступила его полная редукция. Характерна амнезия на перенесенное состояние. Больной лишь сообщал врачу об ощущении, что он пережил некое исключительное состояние.

Остаются недостаточно уясненными характеристики галлюцинаций и бредовых переживаний. О проявлении же психотического состояния (возможных галлюцинаций и преходящих бредовых переживаний) можно было судить по появлению подозрительности в отношении жены, выкрикам и «ответам» больного на слышимые им голоса, отрывочным высказываниям о преследовании. Структура психоза соответствует месту опухоли и оперативного вмешательства.

Клиническая картина послеоперационных психозов описывается с сопоставлением содержания галлюцинаторно-бредовых и других преходящих состояний со стороны и местом оперативного вмешательства. Действительно, содержание преходящих психотических состояний при хирургических вмешательствах на разных отделах правой и левой гемисфер мозга несходно. Но есть еще и другие факторы, влияющие (определяющие) на содержание послеоперационной психопатологической симптоматики. Они не всегда разбираются среди факторов, определяющих остроту психотических состояний. Среди них изменяющиеся после оперативных вмешательств (особенно на гипоталамо-таламических образованиях) показатели внутренней среды организма.

5.2. Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика значительно облегчена в современной нейрохирургической клинике, владеющей методами визуализации мозга. Поэтому сегодня речь идет о первичной диагностике опухоли мозга врачом, к которому обратились близкие больного, заметившие нарастающие нарушения его поведения. Опухолеподобное течение психопатологической симптоматики может быть при абсцессах (отогенных, постменингитных, посттравматических). Решающую роль здесь играет адекватная оценка анамнестических данных, наличие в них сведений о перенесенных заболеваниях придаточных пазух носа, гнойном отите, черепно-мозговой травме. При абсцессах после скрытого периода часто наблюдается острое развитие симптоматики (из-за нарушения целости капсулы). На фоне головных болей, рвоты, иногда

…ных явлений на глазном дне у больных появляется сонливость, вялость, угнете… сознания вплоть до комы.

…очное знание последовательности проявления психических расстройств необходи… …я предположения о направлении роста опухоли. Тревожная депрессия бывает вы… …ой при опухоли левой височной области. Она нивелируется, исчезает, если опу… распространяется на левую лобную область. На первое место начинает выступать …ение инициативы, произвольности поведения вплоть до аспонтанности.

…жны отграничение психических нарушений при опухолях мозга от их аналогов при …ческих болезнях. Отличаются они по клинической структуре, сопутствующим нев…ческим, нейропсихологическим, отоневрологическим, нейроофтальмологиче… нарушениям, а также частыми пароксизмальными проявлениями, дооперацион… нарастанием и регрессом после удаления опухоли. Послеоперационному регрессу … предшествовать описанные выше преходящие психотические состояния. Особо …ет подчеркнуть зависимость клинических особенностей психических расстройств …утриполушарной локализации опухоли и стороны ее расположения.

…ри опухолях мозга иная, чем у психиатрических больных, сравнительная частота …цинаций разной модальности. Часты обонятельные и вкусовые галлюцинации. …овые и зрительные галлюцинации в самоописаниях больных различаются по про…ственно-временным характеристикам, то есть по месту возникновения мнимых …в и видений относительно больного и их длительности. Они более определенны …опухолях левого полушария. Больные точно обозначают длительность пережива… …аллюцинаций, место расположения мнимых звуков и видений, расстояние между … и собой. Это часто не в состоянии определить больные с опухолями правого по…рия. Галлюцинации возникают на фоне гиперестезии в восприятии разной мо…ости. Больные часто осознают болезненный характер галлюцинаций.

…ачима самооценка больным нарушений не только собственно психики, речи, гно… праксиса, но и движений, чувствительности, полей зрения, взора и т.д. Выше гово… о частом неосознавании агнозий и критическом отношении, переживании афа…лексии. У правшей может быть четкая разница в осознавании двигательных де…в, сказывающаяся на скорости реабилитации. Правосторонние гемипарезы …) осознаются и переживаются; больные заинтересованно участвуют в восстано…ьных занятиях. Левосторонние парезы нередко не осознаются больными, на заня…они вялы, аспонтанны, с трудом включаются в выполнение заданий специалиста, …ей частью расслаблены. Не осознается левосторонняя гомонимная гемианопсия … А.Р., Скородумова А.В., 1950).

…3. Прогноз

…рогнозирование психических расстройств, вероятности возникновения, структу… …леоперационных психозов, скорости и полноты их регресса основано на изуче… …вух групп факторов. Первую составляют особенности опухоли (гистологическая …да, локализация, размеры, степень злокачественности), объем оперативного вме…ьства. Вторая группа включает индивидуальные свойства пациента. Здесь значи… …раст, профиль функциональной асимметрии, преморбидное (до явных клини… проявлений опухоли мозга) психическое и соматическое здоровье. Одним из …риятных прогностических признаков является достаточная сохранность эмо…ьных и личностных качеств, так как они определяют осознание, переживание … и установку больных на реабилитацию. Прогноз восстановления психической …ности во многом зависит от лечения, включая послеоперационные реанимацию …сивную терапию, а также последующие восстановительные мероприятия.

5.4. Трудовая и судебно-психиатрическая экспертиза

Описанные закономерности развития до- и послеоперационных психических нару шений, прогноз последующей их динамики определяют индивидуальные для каждого больного рекомендации по трудовой экспертизе. Судебно-психиатрическая экспертиза может потребоваться для больных с опухолями мозга, в клинической картине которых присутствуют состояния нарушенного сознания, в частности сумеречное его расстрой ство. После выхода из них больные обнаруживают полную амнезию на собственные действия, поступки, высказывания, переживания. Эти состояния, а также грубые ин теллектуально-мнестические нарушения являются основанием для заключения о недееспособности больных.

5.5. Опухоли мозга в психиатрических стационарах

Распознавание опухолей мозга у больных, оказавшихся в психиатрических стациона рах из-за преобладания в клинической картине заболевания психических нарушений сопряжено с большими трудностями. Поэтому, по мнению И.Я. Раздольского (1954), изучение психических расстройств при опухолях головного мозга является специальной задачей психиатров и психопатологов. В литературе освещены: 1) диагностические ошибки в прижизненном распознавании опухолей мозга; 2) дифференциальная диагностика опухоли мозга и психических заболеваний; 3) смертность от опухолей мозга пациентов психиатрических лечебниц.

В.А. Гиляровский (1954) считал, что у 3% больных, поступающих в психиатрические больницы, психические нарушения связаны с опухолью мозга; по данным Л.И. Смирнова — у 2,7–5%; по данным П.П. Сахарова (1960) — у 0,137%. По наблюдениям Л.И. Смирнова 42% больных с нераспознанной опухолью мозга составляли лица пожилого и старческого возраста, находившиеся в тяжелом соматическом состоянии.

Л.Я. Ротин (1961), ссылаясь на Л.И. Смирнова, сообщает, что среди всех поступающих в психиатрические стационары пациенты с опухолями головного мозга составляют от 2,7 до 5 %. В секционном материале психиатрических прозектур опухоли по данным разных авторов занимают 3% (Смирнов Л.И.) и 2,5% (Хайме Ц.Б.).

В.С. Шнырова (1960) отмечает, что ошибки (прижизненное нераспознание опухолей мозга) в психиатрической больнице им. П.П. Кащенко в 1946–1951 гг. составили 40%; в 1952–1957 гг. — 34%; в 1957 г. — 29%. Больных с нераспознанной опухолью в возрасте от 20 до 59 лет было 11,9%; в возрасте после 60 лет — 65%. Ошибки в диагностике автор объясняет: 1) тяжелым соматическим состоянием, затрудняющим обследование больных; 2) «возрастными сосудистыми изменениями» поведения пациентов; 3) «глубокими нарушениями» их психики; 4) нередким отсутствием очаговых симптомов; 5) неполнотой прицельного клинического обследования больных. Вместо опухоли мозга ставились диагнозы: церебральный атеросклероз — у 55% больных; у остальных — гипертоническая болезнь, ревматический васкулит и др. Но почти в половине случаев с прижизненным диагнозом сосудистого заболевания мозга на секции наряду с опухолью обнаружен и атеросклероз мозга.

Подчеркивается трудность различения сосудистых заболеваний и опухолей мозга в пожилом возрасте. У стариков опухоли мозга могут протекать с симптомами сосудисто

…ения мозга, расстройства мозгового кровообращения. Нарушение последнего …т быть столь замедленным, что заставляет думать об опухоли и, наоборот, крово… …ие в давно существующую опухоль мозга может быть принято за первичную …ексию. Злокачественные и метастатические опухоли часто имеют апоплекти… …ное течение, что и наводит на мысль о сосудистом поражении. В 12,2% случаев …оль мозга принималась за энцефалит или менингоэнцефалит. Особенно трудно …знавание (различение) опухоли, характеризующейся острым и быстрым течени… преобладанием общемозговых симптомов над локальными. Опухоли мозга обна…ались у больных с прижизненными диагнозами: эпилепсия, черепно-мозговая …а, атрофический процесс, невротическая реакция, шизофрения.

…Б. Кроль (1933) писал: «Наиболее существенную роль в диагностике опухоли … безупречный анамнез». В.С. Шнырова также считает, что диагностические ошиб… …гда вместо опухоли предполагается сосудистое поражение мозга, часто бывают … с плохо собранным анамнезом. Для различения опухоли и сосудистого пора… мозга важно в частности знать, как (внезапно или постепенно) наступили афа… гемиплегия, гемианопсия и т.д. Собирая анамнез, особенно важно установить, …ли у больного раньше эпилептические припадки и какую структуру они имели.

Психические нарушения при опухолях головного мозга могут быть самыми раз…азными. Это отмечает П.П. Сахаров (1960), ссылаясь на направительные в пси…гические стационары диагнозы: церебральный атеросклероз, нарушение мозго… кровообращения, органическое заболевание мозга, эпилепсия, шизофрения, де… …и т.д.

…И. Лукомский (1961), основываясь на данных клинического анализа материала двух …ни — им. П.Б. Ганнушкина за 1954–1958 гг. и им. В.И. Яковенко за 1948–1958 гг., го… о неспецифичности психических нарушений при опухолях мозга, ссылаясь на Ба… и Пфейфера (рассматривавших их как возможные реакции экзогенного типа по …фферу), Шустера (относившего психозы при опухолях мозга к группе «простой …ческой слабости, слабоумия и оглушенности») и Ясперса (различавшего состояния …енности и несистематизированного бреда, корсаковский синдром, изменения ха…а в сторону лабильности аффектов и ослабления задерживающих влияний, сни… интеллекта).

…кать какие-то особые «специфические» психические нарушения при опухолях … бессмысленно. Опухоль мозга — это локальное его поражение. Следовательно, …ей страдает определенная область мозга и обеспечиваемая ею функция. Поэтому …ет быть одинаковых (для опухолей разной локализации) психических наруше… Адекватнее, наверное, говорить о «специфичности» психических нарушений как …ии опухолей, поражающих одну и ту же область. В настоящее время получены …тельные данные и о различии психопатологической картины опухолей правого …го полушарий.

…утствие симптомов внутричерепной гипертензии (головных болей, застойных … зрительных нервов) у больных пожилого и позднего возраста с опухолями моз…чали многие авторы (Аствацатуров М.И., 1934). И.И. Лукомский (1961) объясня…явление: 1) «наличием в мозгу атрофических явлений и 2) измененной реактив… организма». Он говорит, что «первые клинические проявления опухолевого …са в позднем возрасте нередко лишены характерной окраски» (имеются в виду …емость, раздражительность, головные боли, головокружения). Далее он приво…людение, когда у больной 56 лет, «в прошлом психически полноценной», обна…сь «тревога, мрачные мысли, боязнь смерти, идеи отношения и ограбления». … упомянутых устойчивых психопатологических изменений, у больной были …йства памяти, «более грубые, чем те, которые обычно наблюдаются в клинике

пресенильного психоза»; выявлены еще нарушения гнозиса и праксиса. Нарушения речи отсутствовали. Был поставлен диагноз: «пресенильный психоз». Результаты секции (опухоль височной доли, прилегающая к расширенному нижнему рогу бокового желудочка) автор считает неожиданными. Это наблюдение, по его мнению, трудно для диагностики — «только наличие головных болей и грубого расстройства памяти должно было заставить насторожиться в отношении возможности органического поражения мозга».

В данном случае, может быть, следует говорить о недооценке роли психопатологического звена клиники опухолей мозга. Хотя автор не указывает на сторону поражения, но, видимо, речь идет об опухоли левой височной доли, если больная правша. Опыт показывает, что при левостороннем височном поражении возможны и бредовые образования, и депрессивные состояния, и тревога. Кроме того, именно для поражения левой височной доли характерно грубое нарушение памяти. Едва ли следует отрицать возможность поражения левой височной доли на основании только отсутствия афатических расстройств. Как видно, опухоль расположена глубинно, и она могла и не вызвать в частности заметных нарушений речи.

Далее Лукомский пишет: «Как показывают наши наблюдения, в позднем возрасте может отсутствовать столь характерная для мозговых опухолей оглушенность», хотя возможность угнетения сознания во всех случаях опухолей мозга несколько преувеличена. Изучение большого количества наблюдений опухолей мозга показывает, что существующее во всех руководствах и учебниках по психиатрии утверждение, будто любая опухоль мозга протекает с угнетением сознания, в частности с оглушением, едва ли соответствует действительности. Многое зависит от характера и темпа роста опухоли. Преобладающее большинство больных, поступающих с диагнозом опухоль мозга в нейрохирургические учреждения, находятся в ясном сознании. Расстройства сознания обычно наступают при быстрорастущих злокачественных опухолях, сопровождающихся общемозговыми нарушениями. И.И. Лукомский справедливо говорит о возможности «сенильноподобных» явлений амнестической спутанности у больных позднего возраста с опухолями мозга.

Л.Я. Ротин (1961) утверждает: «Большая частота диагностических ошибок объясняется тем, что в психиатрические больницы попадают главным образом не вполне типичные больные, у которых на передний план выступают не симптомы фокального поражения, а явления психического порядка». Таким утверждением автор как бы исключает факт, что и сами психические нарушения могут быть обусловлены локальным поражением мозга. Тем не менее изучение разных вариантов локального поражения мозга показывает наличие определенных закономерностей развития психопатологических синдромов при поражении различных областей мозга. Психические изменения как видно из излагаемого в этом руководстве материала, могут быть обусловлены локальным поражением мозга.

В материале Л.Я. Ротина заслуживают внимания следующие данные: 1) по наблюдениям автора, опухоли наиболее часто располагались в лобной области; поражения лобных и височных долей чаще всего сопровождались выраженными психическими нарушениями; 2) тяжелые изменения психики отмечались у больных с левосторонним поражением мозга (из 30 больных у 9 опухоль располагалась слева, у 6 — справа, у 9 в обоих полушариях или стволе); 3) опухоли мозга иногда ошибочно трактуются как атеросклероз сосудов мозга (8), шизофрения (2), эпилепсия (8). Далее автор, ссылаясь на А.С. Шмарьяна, говорит, что в случае позднего появления эпилептических припадков (после 36 лет) всегда надо думать об опухолевом поражении мозга.

И.З. Копшицер (1961) рассматривает 69 историй болезни с диагностическими ошибками, разделяя их по течению заболевания на две группы: 1) острое начало и быстрое

течение, что давало повод для постановки диагноза «геморрагический инсульт» и другие расстройства мозгового кровообращения; 2) медленное начало и длительное течение, что ошибочно трактовалось как эндогенное заболевание. Общее для обеих групп — разнообразие локализации опухоли, хотя отмечено преобладание поражения лобной, височной и теменной областей.

В Башкирской республиканской психиатрической больнице с 1954 по 1958 год при аутопсии было обнаружено 18 первичных опухолей мозга (на 283 вскрытия). В лобной и лобно-теменной областях опухоли располагались в 7 случаях, в височной — в 3, в теменной и теменно-затылочной — в 3. Очевидно преобладание локализации в лобных областях.

По мнению В.А. Никитина и М.И. Бадина (1961), для психопатологии опухолей мозга у больных позднего возраста «характерна бедность, своеобразная тусклость симптоматики, малая продуктивность и недостаточная двигательная активность». Так, например, возникающий при опухолях головного мозга делириозный синдром характеризуется бедностью галлюцинаций, отсутствием живости эмоциональных переживаний, малым участием больного в галлюцинаторных переживаниях. При амнестическом синдроме «поражает бедность конфабуляций или полное их отсутствие» — у больных нет живости, находчивости, стремления к компенсации дефекта памяти. Страдает и запоминание, и воспроизведение, и ретенция. Авторы отмечают, что «амнестический синдром при опухолях мозга имеет лишь поверхностное сходство с классическим корсаковским синдромом, всегда возникающим на фоне более или менее выраженной деменции, которая может быть настолько резкой, что правильнее говорить в отдельных случаях о псевдопаралитическом синдроме». Гипоманиакальный синдром «при опухолях мозга не характеризуется ни ускоренным течением представлений, ни стремлением к деятельности, показательными для гипоманиакальной фазы циркулярного психоза; у больного нет чувства радости и веселья. Это скорее неадекватное благодушное настроение на фоне в той или иной мере выраженной деменции». Таково мнение автора, но речь здесь, по-видимому, идет об эйфорическом состоянии; гипомания достаточно редко встречается при опухолях головного мозга.

По мнению авторов, «другой особенностью психических расстройств при опухолях головного мозга является их нестойкость, быстрая смена одного синдрома другим, наслоение одного синдрома на другой, нередко в таком сочетании, которое несвойственно другим психозам».

Чаще всего В.А. Никитин и М.И. Бадин наблюдали амнестический синдром, который, по их мнению, может быть при опухоли мозга любой локализации. При опухоли лобной и теменно-затылочной областей имел место гипоманиакальный синдром; при мультиформной спонгиобластоме левого зрительного бугра, диффузном поражении мозговых оболочек — делириозный синдром; у двух больных с мультиформной спонгиобластомой лобных долей и мозолистого тела — гиперсомнический синдром.

С введением КТ и других современных исследований своевременное распознавание опухоли мозга становится все более доступным и в психиатрических учреждениях. Но необходимо и тщательное исследование психопатологии больных, оказавшихся в психиатрическом стационаре из-за опухоли мозга. Подробное изучение таких случаев позволит в будущем точнее диагностировать опухолевые поражения головного мозга, маскирующиеся под видом присущих этому возрасту заболеваний.

Глава 6

Психические нарушения при черепно-мозговой травме

Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., Ураков С.В.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — механическое повреждение черепа и внутричерепного содержимого (паренхимы головного мозга, мозговых оболочек, сосудов, черепных нервов).

6.1. Распространенность черепно-мозговой травмы и классификация

ЧМТ составляет 40% от всех травматических повреждений у человека (Бабчин А.И. и соавт., 1996). Чаще всего она бывает у лиц наиболее трудоспособного возраста, особенно у мужчин. Среди получивших ЧМТ пожилых людей преобладают женщины, среди детей — мальчики. В условиях учащающегося массового поражения в числе получивших травму головы все больше оказывается детей, женщин и стариков.

В России частота ЧМТ — 4 случая на 1000 населения ежегодно (Лихтерман Л.Б. и соавт., 1993). В структуре черепно-мозгового травматизма в нашей стране доминирует бытовой (40–60%). Значительное место занимает умышленное нанесение повреждений (до 45%), обычно в состоянии алкогольного опьянения. Далее следует дорожно-транспортный травматизм, который составляет 20–30%; половина из этого числа приходится на автодорожные травмы. Доля производственного травматизма составляет 4–12%, спортивного — 1,5–2%.

Черепно-мозговая травма различается по *виду повреждения мозга* — очаговая, диффузная, смешанная и по его *тяжести* — легкая (сотрясение и легкий ушиб мозга), среднетяжелая (ушиб мозга средней тяжести) и тяжелая (тяжелый ушиб и сдавление мозга). Легкая травма составляет до 83% от всех ЧМТ, среднетяжелая — 8–10% и тяжелая — 10%. Выделяют *острый, промежуточный и отдаленный* периоды ЧМТ.

Последствия и осложнения ЧМТ весьма разнообразны. Возможны ликвородинамические нарушения, например, гидроцефалия. Она развивается вследствие нарушения резорбции и продукции цереброспинальной жидкости, окклюзии ликворопроводящих путей. Нередки гнойно-воспалительные осложнения — гнойный менингоэнцефалит, абсцесс мозга, развивающиеся чаще при проникающих повреждениях мозга (Харитонова К.И., 1994) или как исход энцефалита (Верховский А.И., Хил...ко В.А., 1994).

Успехи нейрохирургии и нейрореаниматологии обусловили увеличение в стационарах числа больных с тяжестью травм, считавшихся раньше несовместимыми с жизнью. Обращает на себя внимание и резкое удлинение комы. Так, в 40-х годах XX века она длилась от нескольких часов до нескольких дней, а кома большей продолжительности считалась несовместимой с жизнью. М.О. Гуревич, например, в 1948 году писал, что бессознательные состояния длительностью 2–3 недели оканчиваются летально. В современной же нейротравматологической клинике кома, продолжающаяся недели, месяцы, — обычное явление.

Наблюдения длительной комы не только расширили представление о синдромах нарушения сознания, но и в известной степени усложнили классификацию нарушений сознания в нейротравматологии. Возникла необходимость прежде всего в строгой оценке самого термина «длительная кома». Нейротравматологи при этом основываются чаще на критерии выживания больного. В 1969 году М.А. Мяги считал длительным «бессознательное состояние» не менее 10 суток: «к этому времени у подавляющего большинства больных проходят явления жизнеопасной комы». С 1980 года «пролонгированной» стали называть кому, длившуюся свыше 2 недель (Bricolo A. et al., 1980). В дальнейшем в нейротравматологии существенное значение приобрел второй критерий — полнота восстановления психической деятельности после комы. За предельную длительность комы стал приниматься период, после которого возможно более или менее полное восстановление психической деятельности. В 90-е годы стали считать длительной кому, продолжающуюся свыше 30 суток.

Восстановление долго отсутствовавшего сознания крайне затруднительно, а порою недостижимо. При этом из активной жизни нередко выбывают люди наиболее трудоспособного возраста. Поэтому при ЧМТ, сопровождающейся длительной комой, в комплексе терапевтических мероприятий особенно большое значение приобретают психиатрическое обследование и лечение.

Психические расстройства при ЧМТ отмечаются практически у всех больных, и спектр их очень широк — от нарушений сознания до легких астенических состояний. Кроме того, возможно развитие продуктивных психических расстройств, а также дефицитарных нарушений.

6.2. Психопатологические проявления ЧМТ

Психопатология при ЧМТ проявляется сразу же, а в последующем отмечается частичный или полный ее регресс. Психические нарушения всегда сочетаются с неврологическими, отоневрологическими, офтальмоневрологическими и различными висцеровегетативными расстройствами.

6.2.1. Нарушения сознания

Отмечаются почти у всех больных в остром и в последующих периодах. В остром периоде главными являются нарушения сознания в виде его угнетения (выключения), то есть исчезновения всех его элементов. Различают две группы синдромов, развивающихся в ответ на разное поражение мозга. В первую группу входят *количественные нарушения сознания* — оглушение, сопор, кома; во вторую — синдромы *качественных нарушений сознания* (при этих состояниях есть содержание сознания), к которым относятся сравнительно редкие варианты помрачения сознания и более частые состояния спутанности сознания, восстанавливающегося (реинтегрирующегося) после выхода из комы. Синдромы второй группы также описывались как *синдромы дезинтеграции сознания*. Существует представление, что синдромы первой группы обусловлены в основном блокадой взаимодействия между большими полушариями и срединными структурами мозга; основная же роль в возникновении *качественных нарушений, или дезинтеграции,* сознания отводится «первично-корковым» поражениям мозга. В развитии этих представлений значительную роль сыграли работы психиатров А.С. Шмарьяна (1948) и М.О. Гуревича (1948).

Синдромы угнетения (выключения) сознания

Умеренное оглушение — самое легкое угнетение сознания. У больного при этом несколько замедлены движения, речь, лицо маловыразительно, снижена способность к активному вниманию. Отмечается удлинение пауз между вопросами врача и ответами больного. В то же время последний ориентирован в собственной личности и ситуации, правильно оценивает больничную обстановку, хотя возможны ошибки, касающиеся ориентировки в месте и времени. Такое состояние наблюдается сразу после легкой травмы, длится несколько минут, а затем больной как бы оживает. Убыстряются речь, движения. После выхода в ясное сознание отмечается частичная конградная амнезия, при которой больные не в состоянии воспроизвести некоторые события, происшедшие в период оглушения.

Глубокое оглушение характеризуется нарастающей сонливостью, вялостью, замедлением речи и движений. В этих случаях возможно речевое общение с больным, но чтобы получить от него ответ, требуется многократное повторение вопроса, а иногда похлопывание или нанесение болевого раздражения. Ответы больного односложны (да, нет). Но даже такой ограниченный контакт позволяет установить, что больной ориентирован в собственной личности и ситуации, неточно ориентирован в окружающем, дезориентирован в месте и времени. Его лицо амимично, движения резко замедлены. В ответ на болевое раздражение отмечается координированная защитная реакция. Контроль за функциями тазовых органов ослаблен. На период глубокого оглушения наступает частичная амнезия: больной не может воспроизвести большинство событий, происходивших около него, когда он находился в этом состоянии. Сохраняются нечеткие воспоминания лишь некоторых событий.

Сопор — глубокое угнетение сознания, при котором невозможно речевое общение с больным. Больной сонлив, лежит с закрытыми глазами. Возможно выведение его из состояния сонливости путем различных стимуляций. Но оживление ограничивается лишь открыванием глаз, проявлениями защитных реакций. Больной в этом состоянии способен локализовать боль (тянется рукой к месту раздражения). Может проявиться страдальческая мимика лица в ответ на нанесение боли. Возможны гиперемия лица и учащение сердцебиения как реакции на голос близкого человека. Вне раздражений он неподвижен или совершает автоматизированные стереотипные движения. На период сопора формируется полная амнезия (конградная). Только у некоторых больных возникают единичные отрывочные воспоминания без соблюдения последовательности событий.

Кома бывает трех степеней в зависимости от ее глубины: умеренная (кома I), глубокая (кома II) и терминальная (кома III). При коме всех степеней отмечается полное выключение сознания: больной не проявляет никаких признаков психической жизни. Характерна «неразбудимость»: невозможно открывание глаз даже в ответ на сильные раздражения. На период нахождения в коме любой глубины наступает полная амнезия. Но между перечисленными вариантами комы имеются определенные различия.

При коме I сохранена реакция на болевое раздражение. В ответ на него могут отмечаться сгибательные и разгибательные некоординированные, дистонического характера движения. Сохранены зрачковые и роговичные рефлексы, угнетены — брюшные, вариабельны — сухожильные. Повышены рефлексы орального автоматизма и патологические стопные реакции.

При коме II отсутствуют реакции на любые внешние раздражения. Разнообразны изменения мышечного тонуса (от горметонии до диффузной гипотонии); менингеальные симптомы могут не сопровождаться ригидностью затылка при остающемся симптоме Кернига. Снижены или отсутствуют многие рефлексы; мидриаз может

быть односторонним; сохранены (с выраженным нарушением) спонтанные дыхание и сердечная деятельность.

При коме III наблюдаются двусторонний фиксированный мидриаз, диффузная мышечная атония, выраженные нарушения витальных функций, расстройства ритма и частоты дыхания, апноэ, резчайшая тахикардия; артериальное давление на нижнем критическом уровне или при помощи аппарата не определяется.

В мировой нейротравматологии широко распространена шкала комы Глазго с количественной оценкой угнетения сознания по трем параметрам: открывание глаз (спонтанное — 4 балла, в ответ на звук — 3, на боль — 2, отсутствие — 1); речевой ответ (развернутый ориентированный — 5 баллов, спутанный дезориентированный — 4, бессвязный — 3, невнятный — 2, отсутствие — 1); двигательный ответ (выполнение команд — 6 баллов, локализация боли — 5, отстранение от боли — 4, патологическое сгибание — 3, патологическое разгибание — 2, отсутствие — 1). Наиболее тяжелое нарушение сознания оценивается в 3–7 баллов (3 балла — это кома III), среднетяжелое — 9–12 баллов, легкое — 13–15 баллов.

Для психиатров представляют особый интерес стадии выхода из длительной комы с постепенным восстановлением сознания больного (Доброхотова Т.А. и соавт., 1985; Зайцев О.С., 1993). По отношению к коме (стадия I) были выделены стадия II — открывание глаз, или вегетативный статус; стадия III — фиксация взора и слежение — акинетический мутизм; стадия IV — реакция на близких — акинетический мутизм с эмоциональными реакциями; стадия V — понимание речи и выполнение инструкций — мутизм с пониманием речи; стадия VI — восстановление собственной речевой деятельности — синдром дез- (или, точнее) реинтеграции долго отсутствовавшей речи; стадия VII — восстановление словесного общения — амнестическая спутанность; стадии VIII, IX и X — синдромы интеллектуально-мнестической недостаточности, психопатоподобные и неврозоподобные расстройства. В таблице 6.1 приводится сопоставление выделенных стадий с показателями по шкале комы Глазго.

Таблица 6.1. Стадии восстановления психической деятельности после длительной комы

Стадия	Синдром	Показатель по шкале комы Глазго (баллы)
I	Кома	3–7
II	Вегетативный статус	7–9
III	Акинетический мутизм	7–10
IV	Акинетический мутизм с эмоциональными реакциями	7–10
V	Мутизм с пониманием речи	11
VI	Дезинтеграция (реинтеграция) речи	12–13
VII	Амнестическая спутанность	14
VIII	Интеллектуально-мнестическая недостаточность	15
IX	Психопатоподобный синдром	15
X	Неврозоподобный синдром	15

Стадии II и III (вегетативный статус и акинетический мутизм) представляют собой посткоматозные бессознательные состояния. Психиатрическое их изучение трудно, поскольку проявления психической деятельности в этих состояниях отсутствуют, и это может длиться 10–15 лет. Возможны лишь своего рода «предшественники» психической деятельности (некоторые висцеровегетативные процессы, фиксация взора, слежение глазами и т.д.). Но детальное знание этих состояний необходимо

для понимания возможности возвращения психической жизни и планирования м... психиатрической реабилитации больных.

Вегетативный статус. Определяется как следующее за комой состояние относител... ной стабилизации висцеровегетативных функций, начинающееся с первого открыв... ния глаз, возможности бодрствования и завершающееся первой попыткой фиксаци... взора, а затем и слежения. Это состояние описано E. Kretschmer (1940) как «*апалли... ский синдром*». Но более точно отражает клиническую сущность состояния и его обра... тимость термин «*вегетативный статус*» (Plum F., Posner J, 1980). Вегетативный ста... уже можно отдифференцировать от комы. При этом важно отказаться от его негати... ной характеристики, столь распространенной в специальной литературе. Наприме... многие авторы отмечают, что больной не фиксирует взор на окружающих предмета... на обращения, зов, дотрагивания и оптические раздражители не реагирует; привлеч... его внимание невозможно, эмоциональные реакции отсутствуют; он неспособен гово... рить или выполнять целенаправленные действия, остается полностью бесконтактны... не обнаруживает никаких высших психических функций (Мяги М.А., 1969). В данно... случае полезнее позитивная характеристика, даже если речь идет лишь о предиктора... возобновления психической жизни (нормализация висцеровегетативных процессо... цикла сон–бодрствование, затем фиксация взора, реакции слежения глазами и т.п. Важно выявление каждого нового симптома. К концу стадии вегетативного состояни... появляются спонтанные движения, но без признаков их произвольности. Последня... как известно, свидетельствует о том, что движение становится уже психомоторным ак... том (психический компонент в этом случае выражается в побуждении к совершени... движения, его программировании, осознании и достижении цели, предвидении ре... зультатов движений). В картине вегетативного статуса можно выявить и зачатки эмо... циональных реакций. Первыми замечаются гримасы боли или очень слабое подоб... улыбки (широко раскрытый рот с малоподвижными языком, губами при невыраз... тельности взгляда, мимики лица). В последующем выражение лица становится в... больше соответствующим переживаниям больного: значительную роль играют взгля... движения окологлазных мышц, губ.

В вегетативном статусе можно выделить несколько стадий.

Стадия разрозненных реакций с краткими периодами бодрствования, когда больно... лежит с открытыми глазами. Смена периодов бодрствования и сна не всегда совпадает ... временем суток, хотя бодрствование чаще наблюдается днем. Глазные яблоки неподви... ны или совершают плавающие движения. Децеребрационная поза переходит в декорти... кационную: руки больных согнуты, приведены к туловищу, ноги разогнуты. Отмечает... разрозненность висцеральных, вегетативных, моторных и сенсорных реакций. Возмо... ны экстрапирамидные явления; жевательные, сосательные, глотательные движени... Мочеиспускание и дефекация наступают в разное время суток без предшествующих и... менений в состоянии больного. Как благоприятные признаки можно оценивать люб... изменения: усиление и учащение жевательных движений при дотрагивании до больног... появление в ответ на боль сначала хаотических движений, затем направленных к мес... боли. Это означает, что больные ощущают боль, то есть оживляется чувственное воспр... ятие, которое побуждает движение — формируется простейший сенсомоторный ак... Последний условно можно считать завершением первой стадии вегетативного статуса.

Стадия реинтеграции простейших сенсорных и моторных реакций характеризуетс... удлинением периодов бодрствования. Более отчетливо соответствие ритма сон–бодр... ствование дневному и ночному периодам суток. Бодрствование можно поддерживат... поворачиванием больного, процедурой туалета, кормлением, повторными обраще... ниями к нему. Становятся постоянными направленные к боли движения. Появляютс... и едва заметные реакции больного в ответ на обращения к нему и поглаживающ...

...ения близких людей: гиперемия лица, учащение сердцебиения и дыхания, усиле... жевательных, сосательных движений, иногда даже мимолетная гримаса страдания ... лице, затем элементарная вокализация (типа мычания). Наблюдается также некото... двигательное беспокойство перед мочеиспусканием — сгибание и разгибание ко... ностей, напряженнее мимика. Постепенно такое беспокойство становится прави..., и по нему обслуживающие больного лица, особенно родственники, догадываются ...обходимости обеспечить мочеиспускание. Сразу после этого больные успокаива... Аналогичное изменение поведения отмечается при необходимости опорожнить ...ечник. Постепенно оживляются и ощущения, позволяющие реагировать на позы... к мочеиспусканию, голос и дотрагивания близких (при этом у пациентов проявля... способность к элементарной дифференциации знакомых и незнакомых людей). ...овременно с описанными изменениями возвращаются некоторые спонтанные движе... иногда стереотипные (например, больной много раз проводит рукой по животу).

Условным признаком завершения этой стадии можно считать мимические, двига...ные реакции больных на голос, тактильные стимуляции, совершаемые близкими ...ному людьми и появление спонтанных движений.

Стадия реинтеграции простейших психомоторных и психосенсорных реакций. На этом ...е дневное бодрствование становится более продолжительным. Наблюдается стойкое ...ение перед мочеиспусканием и дефекацией и успокоение после них, а также мими...е компоненты страдания и реакций на звуки. Возможным становится и вызывание ...деленных движений (при массировании, надавливании на определенные участки ..., рук). Например, больной начинает поднимать постоянно опущенную вниз голову, ... потирают, надавливают или собирают в складку и разжимают мышцы в области ...у верхней губой и носом. Он открывает рот при прикосновении ложкой к губам. ... движение, как и глотание, быстрее возникает при кормлении пищей, которую боль... предпочитал раньше. При неприятной больному пище реакция становится иной: ...ляется гримаса, напоминающая отвращение, которая иногда сочетается с вокализа... Постепенно появляются и первые признаки дифференциации запахов и вкуса. ...ного в этой стадии уже можно побуждать к совершению необходимых для еды дви... (например, вложить в руку кусок хлеба и подвести ее ко рту) и, повторяя их, до... того, что он сам начинает совершать аналогичные движения. Постепенно боль... начинает различать съедобные и несъедобные предметы. Становятся более разнооб...ми спонтанные движения, постепенно приобретающие свойство произвольности. ... больной подносит руку к щеке, носу и совершает движения, как бы потирая или ...то снимая с лица, носа. Возникают подрагивания глазных яблок, гиперемия лица, ...ение сердцебиения, а также элементарные мимические реакции, когда больной слы... голос близкого человека.

Завершением последней стадии вегетативного статуса можно считать первую фик... взора. Она мимолетна. Взгляд фиксируется обычно на близком человеке, когда ... невозможна фиксация взора на обращающемся к больному незнакомом человеке, ... быстро истощается и становится неуправляемым. В дальнейшем эпизоды фикса... взора учащаются и удлиняются. Взгляд больного останавливается уже и на незна...м человеке. Позднее восстанавливается слежение взором. Особенно убедительны ...ще вегетативного состояния признаки оживления чувственного восприятия: раз...ие близких и незнакомых людей. Ранее разрозненные висцеровегетативные, сен...е, двигательные реакции интегрируются в целостные психосенсорно-психомо...е акты, где намечается собственно психический компонент. Хотя к этому време... ритм сон–бодрствование уже может полностью совпадать с дневным и ночным ...енем суток, но качество бодрствования еще далеко от нормального, ибо нет произ...ой активности, далека от нормальной и структура сна.

Врач должен иметь представления о длительности периода вегетативного статуса и воз можности более или менее полного восстановления психической деятельности. В этом от ношении существуют достаточно разные наблюдения. R. Braakman et al. (1988) выяви вегетативный статус через 1 месяц после травмы у 140 из 1373 больных с тяжелой ЧМТ Из них умер 71 человек, статус продолжался у 15, глубокая инвалидизация отмечалась у 3 умеренная инвалидизация или выздоровление — у 14 больных (10%), о 3 пациентах свед ния отсутствовали. K. Andrews (1993) отметил разный уровень восстановления по показа телю «зависимости/независимости» больных; из 11 пациентов с вегетативным статусо продолжавшимся более 4 месяцев, «независимыми» — стали только двое. Описаны и др гие казуистические наблюдения. Так, V.F.M. Arts et al. (1985) описали 18-летнюю больн пребывавшую в вегетативном статусе 2,5 года, у которой затем наступило неожиданн улучшение. Вегетативному статусу предшествовала кома (глубокая — 5 суток, умере ная — 7). Больная открыла глаза через 12 суток, стала поворачивать голову в сторону зр тельных и слуховых стимулов; у нее появились плавающие движения глаз, при болев раздражениях — гримаса страдания, учащение дыхания и пульса. Такое состояние длило около 2 лет. Через 2,5 года она стала двигать левой ногой и кивать головой; через 3,5 го выявилась четкая реакция на близких, через 5 лет — активный интерес к окружающе (узнавала родных и близких) и повышенная эмоциональная лабильность; после 5 лет на блюдения она описывается как находящаяся в сознании, способная концентрировать вн мание и вступать в контакт, но у нее отмечалось ограничение вербальной продукции из- дисфонии, была нарушена память на прошлое. Авторы считают очень редким, встреча щимся как исключение полное восстановление умственных способностей. Чаще всего на блюдается глубокая инвалидизация.

Акинетический мутизм является одним из вариантов мутизма. Помимо его тип выделенных в таблице 6.1. (стадии III–V), наблюдается и гиперкинетический мутиз но акинетический мутизм является основным.

Под акинетическим мутизмом подразумевается состояние, характеризующееся ак незией и мутизмом при возможности фиксации взора и слежения, завершающееся вос становлением двигательной активности, понимания речи и собственной речевой де тельности (или выявлением афазии). Термин «акинетический мутизм» перенесе в нейротравматологию из нейрохирургии опухолей III желудочка. Травматическ акинетический мутизм отличается меньшей дифференцированностью, а также появле нием после долгого отсутствия психических процессов. Но его появление прогности ски благоприятно — за ним следует дальнейшее восстановление психической деятел ности. Условно можно выделить две стадии акинетического мутизма: восстановле понимания речи и восстановление собственной речевой активности.

Стадия восстановления понимания речи. Больные лежат с открытыми глазами, пов рачивают голову в сторону звука или света. У них постоянны и устойчивы фикс взора и слежение. Завершается стадия первым проявлением понимания речи. Свид тельствами того, что больной понял обращенные к нему слова, являются измене мимики, соответствующие содержанию услышанного и понятого, выполнение прос бы, выраженной в словах, например, пожатие руки врача. Но в первый раз эта прос выполняется только в облегченных условиях: если врач поднесет свою руку к р больного и вложит ладонь в его руку. Затем выполнение заданий происходит все бол быстро и без облегчающих условий. Становится доступным выполнение и более сло ных команд. Становятся более быстрыми движения.

Стадия восстановления собственной речи. Больные могут совершать все более ра нообразные движения. Завершается стадия первым произнесением слов. Оно редко б вает спонтанным, чаще следует в ответ на просьбу врача сказать слово. Первое произн сение нечетко. Лишь по косвенным признакам можно догадаться, какой звук больн

произнес или какое слово сказал. Далее эпизоды произнесения звуков и слов учащаются, больные начинают говорить спонтанно, без стимулирующих воздействий. Становится возможной фразовая речь. В итоге с больным устанавливается речевой контакт, делающий возможной объективную оценку состояния его сознания. Вместе с восстановлением речевой деятельности расширяются формы произвольной двигательной активности. Двигательное поведение становится ближе к упорядоченному. В случае поражения левых лобной и/или височной областей дифференцируется афазия.

Гиперкинетический мутизм. На той же стадии может возникать и гиперкинетический мутизм — сочетание мутизма и гиперкинезии (двигательного возбуждения). Данный синдром чаще наблюдается при преимущественном поражении правого полушария мозга. От описанной А.С. Шмарьяном (1949) гиперкинетической спутанности гиперкинетический мутизм отличается отсутствием содержания сознания и речи как инструмента общения.

Двигательное возбуждение стереотипно и выражается в повторении одних и тех же движений десятки и сотни раз. Так, больной приподнимает голову и верхнюю часть туловища над подушкой, падает на нее, спускает голову вниз по краю кровати и поднимает вновь. Приподнятой головой совершает круговые движения. Такое возбуждение изматывает больного. Обессиленный и бледный, он лежит некоторое время неподвижно. После короткой паузы вновь повторяет те же движения. Корригирующие речевые воздействия на больного безрезультатны. Характерной является инверсия цикла бодрствование — сон. Возбуждение особенно усиливается в вечерние и ночные часы (утром и днем больные относительно спокойны).

При гиперкинетическом мутизме, как и при акинетическом, выделяют две стадии: *восстановления понимания речи* и *восстановления собственной речи.* Первая стадия начинается с эпизода, когда больной понял словесное обращение к нему и пытается выполнить просьбу. Обычно вместе с восстановлением понимания речи ослабевает двигательное возбуждение, поведение больного становится более управляемым, близким к упорядоченному. Начало второй стадии относится к первым попыткам произнесения звуков и слов в ответ на просьбы врача. Далее эти попытки спонтанны. В случае отсутствия афазии попытки к речевой деятельности учащаются, появляется фразовая речь. Нередко начало первой и второй стадий совпадает.

Завершение акинетического (гиперкинетического) мутизма означает исчезновение акинезии (гиперкинезии) и мутизма. По их миновании обнаруживаются *синдромы реинтеграции* сознания.

Говоря о синдромах дезинтеграции сознания в современной нейротравматологии, называют расстройства, возникающие после оглушения или сопора в остром периоде ЧМТ легкой и средней степени тяжести.

Слово «реинтеграция» используется для обозначения состояний сознания, восстанавливающегося после долгого перерыва из-за длительной комы. Реинтеграция начинается с состояний спутанности сознания, поэтому проявление последней прогностически благоприятно. Вслед за ней становится реальным более или менее полное восстановление сознания.

Спутанность сознания

Синдромы спутанности сознания представляют собой состояния, обусловленные выпадением разных психических процессов (например, речевая спутанность при выпадении речи, амнестическая спутанность при выпадении запоминания происходящих событий), или, напротив, «добавлением» продуктивных симптомов — двигательного беспокойства, конфабуляций и т.п. Комбинация соответствующих явлений определяет особенности отдельных синдромов.

Амнестическая спутанность. Этот синдром обычно проявляется на фоне восстановившегося речевого общения с больным и характеризуется выпадением запоминания текущих событий, то есть фиксационной амнезией. Главная особенность последней состоит в отсутствии знаний о событиях в виде чувственных их образов всех модальностей. Такие образы не формируются либо являются дефектными, особенно в отношении пространственной и временной отнесенности событий. Поэтому невозможно запоминание, где и когда происходили события. Фиксационная амнезия является глобальной, определяя грубую дезориентировку больных. Они могут назвать свое имя, путают возраст, личную ситуацию, место и время своего пребывания. Динамика синдрома выражается в психопатологическом оформлении этого состояния ретроградной амнезией, конфабуляциями, эйфорией, анозогнозией. Этот синдром часто сочетается с левосторонними гемипарезом, гемигипестезией и гемианопсией.

Амнестико-конфабуляторный синдром отличается от вышеописанного состояния наличием ретроградной амнезии и конфабуляций. Ретроградная амнезия в этих случаях характеризуется нечеткой очерченностью границ, о которых косвенно можно судить по содержанию конфабуляций. Например, больной на вопрос врача о том, чем он был занят вчера вечером (в действительности он находился в палате), отвечает: «был на работе», «ездил на рыбалку» и т.д. В ответе содержится событие, действительно имевшее место в прошлой жизни больного, но оно сдвинуто во времени — перенесено на то время, о котором спрашивает врач.

Корсаковский синдром отличается от предыдущего большей структурной дифференцировкой. Он складывается из амнезии (фиксационной, конградной, ретроградной и антероградной) и грубой дезориентировки (в личной и окружающей ситуации, месте, времени), а также конфабуляций, анозогнозии, нарушений восприятия пространства и времени затруднения в узнавании лиц (в незнакомых «видят» лица своих знакомых). Из-за невозможности запомнить происходящее больные оказываются грубо дезориентированными. Они не могут сказать, что с ними случилось, где находятся, кто их окружает, и не пытаются уяснить место и время своего пребывания, не замечая дезориентировки. Не осознается ими и бросающаяся в глаза всем окружающим абсолютная их беспомощность.

Ретроградная амнезия охватывает дни, недели, месяцы, а иногда и годы, предшествовавшие ЧМТ. Ее границы особенно четки у больных зрелого возраста и труднoопределимы у пожилых. По мере регресса синдрома охваченный амнезией период сокращается. События оживляются в их естественной временной последовательности: от более дальних (в рамках периода амнезии) к близким, случившимся непосредственно перед ЧМТ.

Для всех видов дезориентировки характерно то, что больной идентифицирует себя не с тем, каков он есть в момент конкретного осмотра, а с тем, каким был в том или ином отрезке своей прошлой жизни до охваченного амнезией периода. Например, будучи уже инженером, больной может сказать, что учится в институте.

Конфабуляции — обязательный элемент типичного корсаковского синдрома. Они по содержанию обыденны и очень редко фантастичны. Чаще выявляются не спонтанно, а в ответ на вопрос врача. В ответе больного обычно фигурируют события прошлой жизни, то есть проявляется феномен «ухода в прошлое». Давность упоминаемых в конфабуляциях событий из прошлой жизни больного определяется длительностью периода, охваченного ретроградной амнезей (если забыты события, происходившие в течение 6 месяцев, предшествовавших травме, то в конфабуляциях фигурируют события происшедшие раньше — до этого периода). Больной неосознанно переносит события из прошлого времени на настоящее.

Анозогнозия выражается в незнании и игнорировании больным столь очевидной ... окружающих его беспомощности. Он расслаблен, благодушен, даже эйфоричен, ...оречив.

В связи с выраженными нарушениями восприятия пространства и времени поведе... больного резко изменено (он не находит своей палаты, ложится на чужие кровати, ...аходит туалета — направляется в противоположную от него сторону, не может оп...лить время суток, длительность тех или иных событий, ошибаясь, как правило, ...орону удлинения). Утром больной может сказать, что идет послеобеденное время, ...-минутную беседу оценивает как продолжающуюся полчаса и более. Для больных ... бы не очерчен смысл слов «теперь» и «здесь», «тогда» и «там».

При благоприятном течении заболевания постепенно восстанавливается запомина... текущих событий, суживаются границы ретроградной амнезии, восстанавливается ...нтировка в собственной личности и ситуации, месте и, в последнюю очередь, во ...ени, а также постепенно исчезают конфабуляции, и, наконец, после ослабления эй...ии, появляется более адекватная эмоциональность с оттенком страдания.

Корсаковскому синдрому с левосторонними гемипарезом, гемигипестезией, геми...сией, нарушениями взора влево часто сопутствует левосторонняя пространствен... агнозия, которая связана с очаговой патологией правой теменно-височно-затылоч... области. Главное расстройство — невосприятие левой половины пространства ...роцессе деятельности и повседневного поведения. В таких случаях особенно выра...ими, даже грубыми, бывают эмоционально-личностные изменения — анозогно... эйфория. Словесное общение полное. Речь больных монотонна, эмоциональ... интонационно невыразительна, лицо — без признаков обеспокоенности.

Корсаковский синдром и односторонняя пространственная агнозия при ЧМТ могут ...матриваться как промежуточные между нарушенным и ясным сознанием. Ими мо... завершиться восстановление сознания после комы (Доброхотова Т.А. и соавт., 1996).

Речевая спутанность может проявиться вслед за выходом из кратковременной ... или после регресса мутизма, если кома была более длительной. В последнем слу... этот синдром длится дольше. В клинической картине этого состояния можно пред...агать наличие афазии, но ее квалификация (как сенсорной, моторной или амнести...кой), как правило, невозможна.

В ответ на заданные врачом и не понятые больным вопросы при сенсорных наруше... речи у него появляются суетливость, тревога, растерянность, утрированная жес...уляция и «словесная окрошка». Моторные нарушения речи часто сочетаются с ас...анностью, прерывающейся эпизодическим беспокойством, когда больные делают ...гократные попытки говорить; при этом их речь изобилует стереотипным повторе...м искаженных слогов, неправильно построенных фраз. При амнестической афазии ...весное общение с больным может быть резко ограничено из-за не удающихся ему ...роизведений нужных слов, что вызывает у него досаду и сожаление. При тоталь... афазии из-за выпадения или резкого ограничения речевого общения нельзя выяс..., ориентирован или дезориентирован больной в собственной личности, окружаю... ситуации, месте и времени. Эта спутанность часто сочетается с правосторонним ...парезом.

Синдром речедвигательного возбуждения обычно наблюдается при тяжелой ЧМТ ...нутричерепными кровоизлияниями. Ранее спокойные, чуть даже вялые больные ста...тся беспокойными, мечутся, стискивают руками голову, жалуясь на нарастающую ...овную боль, на лице — выражение страдания. Если такое возбуждение постепенно ...бевает, и наступает угнетение сознания (вплоть до комы), то это обычно свидетель...ует о нарастании объема внутричерепного кровоизлияния.

Помрачение сознания

Синдромы помрачения сознания при ЧМТ встречаются относительно редко, преимущественно у больных зрелого возраста, редко у пожилых и отсутствуют у стариков и детей первых лет жизни. Но тем не менее они встречаются при травме всех степеней тяжести, особенно с ушибом мозга и внутричерепными кровоизлияниями. Иногда такие синдромы возникают пароксизмально. Клинические особенности определяются стороной и локализацией очага повреждения мозга. Они более разнообразны у больных с повреждением правого полушария. В этих случаях возможны онейроид, состояния дереализации, деперсонализации и др. Меньшая их вариабельность отмечается при поражении левого полушария (преимущественно разные варианты сумеречных состояний сознания и делирий).

Онейроид характеризуется переживаниями нереального мира и сенсомоторной диссоциацией. При обилии чувственных представлений больной обездвижен, лицо застывшее; при этом его выражение редко соответствует содержанию болезненных переживаний. Онейроидное помрачение сознания при ЧМТ наблюдается редко и обычно бывает кратковременным. Больной быстро возвращается в мир реальных событий и способен подробно рассказать о пережитом. Обычно оно возникает у больных с хорошо восстановленной психической деятельностью в промежуточном или даже в отдаленном периоде ЧМТ.

Дереализационно-деперсонализационные состояния выражаются в измененном восприятии мира и собственного «Я». Изменяются окраска (например, «мир делается более зеленым»), пространственные характеристики мира и течение времени. Плоское может представиться больному объемным, и наоборот, объемное иногда воспринимается плоским, неподвижное — двигающимся. Подобные состояния в психопатологии ЧМТ редки, могут составлять содержание эпилептического пароксизма. Так же как онейроид, преимущественно отмечаются при почти полном восстановлении психической деятельности.

«Вспышка пережитого в прошлом» — своеобразное состояние, когда больной, переставая воспринимать реальную действительность, как бы возвращается в прошлую жизнь. В его сознании оживляются и будто повторно переживаются события отдаленного периода (подросткового и т.п.). Больной идентифицирует себя не с настоящим самим собой, а с тем, каким был во внезапно ожившем отрезке его прошлой жизни.

В таких состояниях некоторые больные продолжают воспринимать и внешние события. В этих случаях поэтому можно говорить о своего рода двухколейности сознания, когда один ряд переживаний — это прошлые события, образы и события которых оживляются в той точной последовательности, в какой они происходили; второй — продолжающееся восприятие реального сейчас внешнего мира. Этот феномен, как и предыдущие, при ЧМТ возникает очень редко.

Сумеречное состояние сознания характеризуется внезапными началом и завершением, сохранностью последовательной психомоторной деятельности и невозможностью корригирующего воздействия окружающих на поведение больного. На это состояние наступает полная амнезия. Сумеречное изменение сознания может наблюдаться во всех периодах ЧМТ, преимущественно при травме с очаговым повреждением передних отделов левого полушария мозга.

Делирий характеризуется наплывами парейдолических иллюзий (ошибочных зрительных, слуховых и иных восприятий реальных событий и предметов) и сценоподобными зрительными галлюцинациями; возможны слуховые и осязательные галлюцинации. Последними определяется эмоциональное и двигательное поведение больного. Делирий может возникать при травме любой тяжести. Наиболее часто наблюдается у больных, страдающих хроническим алкоголизмом, на 2–3-й день после ЧМТ на фоне

...нужденного воздержания от алкоголя. Достаточно часто при травме развивается ...мусситирующий (бормочущий), например, профессиональный делирий, когда боль...е, будучи дезориентированными, представляют себя находящимися в привычной ...чей обстановке (они как бы подметают пол, стирают и т.д.). Характерны двигатель... беспокойство, тремор, симптом обирания.

Транзиторная глобальная амнезия может быть одним из первых клинических про...лений легкой и среднетяжелой ЧМТ. Больные забывают все, включая собственное ..., возраст, место работы, домашний адрес, социальный и семейный статус, время ...место нахождения. Это и определило использование слова «глобальная» в обозначе... данного синдрома. Следующий главный признак — транзиторность, что также от...ено в названии. Истинной транзиторной глобальной называют амнезию, продол...щуюся до 24 часов. Она наступает иногда после короткой (секунды–минуты) комы, ...ечается при сотрясении, ушибах мозга легкой и средней степени тяжести.

В момент наибольшей выраженности синдрома больные абсолютно беспомощны, ...оумевающе повторяют: «Кто я? Где я? Что со мной случилось?» Эти вопросы обра... ко всем окружающим: людям, оказавшимся на месте происшествия, врачам ско... помощи, везущим их в лечебное учреждение, персоналу отделения и т.д.

...2.2. Синдромы эмоциональных и аффективных нарушений

Эмоциональные (как и личностные) особенности больных после ЧМТ, особенно со...вождавшейся длительной комой, оказываются обедненными, суженными, исчезает ...йственное больным в преморбиде разнообразие эмоциональных переживаний и ис...ется их биполярность. Преобладает благодушный фон настроения, но могут появ...ся новые для больного аффекты — злобы и гнева, сопровождающиеся агрессивно...ю. Однако эти проявления можно считать прогностически благоприятными, ибо ... приходят на смену безэмоциональности. Проявления эмоциональных нарушений ...сят от того, какие отделы мозга преимущественно повреждены. Наиболее грубые ...енения эмоциональной сферы наблюдаются при ушибах и гематомах лобных отде... полушарий мозга. Биполярность аффекта отмечается при поражении правого по...ария мозга.

Эмоциональный паралич в синдроме аспонтанности наблюдается при тяжелой ...Т с внутримозговыми кровоизлияниями в левую лобную область. Он характеризу... отсутствием спонтанных побуждений к любой форме психической деятельности. ...бы побудить больных к деятельности и удержать ее, необходима постоянная стиму.... Будучи же предоставленными самим себе, они ко всему безразличны, не произ... ни слова по собственной инициативе, ничего не делают; могут мочиться в посте... и лежат в ней, не прося близких сменить белье и не смущаясь случившимся.

Этот синдром может продолжаться недели, месяцы. При благоприятном его течении ...пале становится возможным несколько активизировать больного и побудить его ...общению. Односложные ответы постепенно становятся все более развернутыми; со ...енем появляется и первая эмоциональная реакция, обычно это раздражение в ответ ...настойчивые расспросы врача или близких. Эпизоды раздражения затем учащаются, ...ются. После этого появляется и реакция смущения (если, например, застают боль... в постели мокрым). Он уже по собственной инициативе обращается к персоналу, ...ким с той или иной просьбой. Ранее малоподвижный, он становится живее и много...нее в двигательном поведении в пределах постели, поворачивается, чтобы принять ...ную позу, берет с тумбочки кружку с водой, сам ест. Затем он предпринимает первые ...ки встать, одеться, при легких стимуляциях включается во все более разнообраз... формы деятельности (просмотр телевизионных передач, общение с окружающими;

в дальнейшем — чтение книг). Периоды активного поведения удлиняются. Появляется редкая улыбка на фоне безразличия, приступов раздражения или злобы.

Синдром эйфории с расторможенностью особенно часто наблюдается при ушибах лобно-базальных отделов полушарий мозга после утраты сознания. Он непродолжителен после кратковременной утраты сознания (на несколько минут) и может быть затянутым, если наблюдается на этапе восстановления после длительной комы. Для этого синдрома характерна эйфория с беспечностью, психической и двигательной расторможенностью, анозогнозией. Больные подвижны, многоречивы, смеются, шутят. Не соблюдают дистанцию при беседах с врачами. За кажущейся деловитостью лежит грубое снижение психической деятельности без дифференцированных эмоций и целенаправленности поведения. Этот синдром обычно полностью регрессирует с появлением осознания болезненности своего состояния и поведения. В переходный к норме период могут быть преходящие раздражительность и гневливость.

Синдром гневливой мании обычно развивается при двустороннем поражении (ушибах) лобно-височных отделов. Он характеризуется сочетанием эйфории с приступообразными аффектами гнева, злобы с агрессивностью, несоблюдением постельного режима (больные пытаются встать, часто встают, ходят нагими по палате). Наиболее выражен у больных зрелого возраста в остром периоде ЧМТ. Продолжается несколько дней или недель. После его исчезновения больные обычно остаются «упрощенными» в эмоционально-личностных проявлениях.

Дисфорический синдром характеризует отдаленный период ЧМТ, отличаясь фазностью течения и напряженным тоскливо-злобным аффектом. Периоды дисфории обычно кратковременны: от нескольких часов до нескольких дней, возможно вечернее ухудшение настроения.

Гипоманиакальный синдром в нейротравматологии наблюдается редко. Он может развиваться в остром периоде сотрясения мозга или отдаленном периоде травмы (ушиб, гематома в задних отделах правого полушария мозга). Наиболее ярко протекает после кратковременной потери сознания (на 2–5 минут). Гипомания в этих случаях кратковременна, однако удалось установить, что она проявляется (по данным ЭЭГ) на фоне признаков активации стволовых структур.

Тоскливая депрессия типична для промежуточных и отдаленных периодов травмы с легким или средней тяжести ушибом правого полушария (височного отдела). Она характеризуется тоской, замедлением речи и двигательных реакций; часто сочетается с нарушениями памяти, внимания и астенией.

Тревожная депрессия возникает обычно у правшей зрелого возраста при легкой и среднетяжелой ЧМТ (чаще при ушибах височного отдела левого полушария), характеризуется тревогой, двигательным беспокойством (иногда до степени возбуждения), нетерпеливостью, тревожными высказываниями, отражающими опасения, что с больными или их близкими что-то случится. Больные мечутся, вздыхают, охают, растерянно озираются по сторонам. Эта депрессия может сочетаться с легкими нарушениями речи, особенно ее понимания.

Апатическая депрессия отмечается при травмах с преимущественным поражением (ушибом) передних отделов полушарий. Она характеризуется безразличием с оттенком грусти. Больные пассивны, однотонны, не обнаруживают интереса к окружающим, самим себе, общению с врачом; резко снижены побуждения к любой форме деятельности. При самых разных ситуациях они остаются одинаковыми — вялыми, безразличными, безучастными, гипомимичными.

.2.3. Синдромы пограничных психических нарушений

Возможны во всех периодах и при всех видах ЧМТ. Могут быть кратковременными затяжными. Если утрата сознания была кратковременной, то такие синдромы могут ь единственным проявлением болезни.

Астенический синдром характеризуется типичной для него повышенной утомляемо-ю и истощаемостью, ослаблением или даже преходящей утратой способности к про-жительному умственному и физическому напряжению. Он занимает ведущее место клинической картине во всех периодах ЧМТ. При сотрясении и ушибах мозга легкой средней тяжести выделяются простой и сложный астенические синдромы, а в рамках лого из них — гипостенический и гиперстенический варианты (Князева Н.А., 1988).

В остром периоде наиболее часто наблюдается сложный астенический синдром. ственно астенические явления (общая слабость, утомляемость, истощаемость, вя-ть, дневная сонливость, адинамия) сочетаются с головными болями, головокруже-м, тошнотой, речевыми и мнестическими затруднениями. В более «чистом виде» ас-ический синдром выступает в отдаленном периоде, выражаясь в простой астении — ической и физической истощаемости, резком снижении эффективности психиче-ой деятельности, нарушении сна (бессонница, прерывистый сон, резкое учащение видений — цветных, кошмарных). У пожилых больных может быть нарушен цикл — бодрствование, когда ночной и дневной сон перемежается с периодами вялого дрствования.

Гипостенический вариант астении может проявиться сразу после выхода из кратко-менной комы. При этом преобладают ощущения слабости, вялости, а также резко вышенная утомляемость, истощаемость, дневная сонливость. Гиперстенический иант астении отличается от гипостенического повышенной раздражительностью, фективной лабильностью, гиперестезией. Он проявляется чаще в промежуточном отдаленном периодах ЧМТ. Прогностически динамика астенического синдрома бла-приятна, когда сложный его тип сменяется простым, а гипостенический вариант — ерстеническим.

Обсессивно-фобический синдром представляет собой сочетание навязчивостей страха. Навязчивыми могут быть мысли, желания, чувства, влечения, действия, со-ения. Больной понимает болезненность навязчивых состояний, относится к ним ически, но неспособен по собственной воле освободиться от них. Могут быть на-чивые страхи улиц, больших площадей, закрытых помещений и т.д. Навязчивости гут входить в структуру более сложных психопатологических симптомокомплексов, оенно в отдаленном периоде травмы.

Истероподобные синдромы в остром периоде ЧМТ наблюдаются редко. Речь идет ле всего о псевдодеменции при травме легкой и средней тяжести. Такая псевдоде-ция выражается нелепым поведением, дурашливостью, кажущейся бестолковостью, стойчивостью настроения и его зависимостью от конкретной ситуации (особенно ающейся состояния больного), элементами демонстративного поведения и т.д. истероподобное поведение без псевдодеменции может наблюдаться и в отдаленном иоде травмы, особенно в связи с определенными ситуациями (например, требующими лизации рентных и иных выгодных для пациента установок).

Псевдологический синдром часто встречался после травмы в годы войны, особенно ушибах мозга (Лещинский А.Л., 1948). Он характеризуется сочетанием благодушно-или даже эйфоричного настроения с многоречивостью, склонностью ко лжи, хвастов-v — преувеличению собственной роли, своего общественного положения и личных еств. В преморбиде — своеобразная психическая незрелость, инфантильная эмоцио-льность, внушаемость.

Паранойяльный синдром развивается редко и, как правило, в отдаленном периоде ЧМТ любой степени тяжести, чаще легкой или средней тяжести с ушибами или внутричерепными кровоизлияниями. Проявления его в этих случаях не имеют каких-либо отличий от описанных в психиатрии. Можно лишь отметить, что он сопровождается активацией стволовых структур (гиперрефлексия экспериментального нистагма, двустороннее повышение сухожильных рефлексов).

Ипохондрический синдром наблюдается обычно в отдаленном периоде у больных с преморбидно усиленным вниманием к своему состоянию. Он выражается в постоянной фиксированности больного на проявлениях болезни и склонности к преувеличению значимости каждого симптома. Иногда сочетается с навязчивостями, депрессией.

6.2.4. Синдромы снижения психической деятельности

В отдаленном периоде ЧМТ возможно ослабление всей психической деятельности или избирательное нарушение отдельных ее слагаемых на фоне ясного сознания, что определяет развитие различных симптомов.

Травматическая деменция характеризуется ослаблением познавательных, мнестических процессов, обеднением и упрощением эмоциональных, личностных особенностей больного. Однако А.С. Шмарьян (1948) считал необходимым подчеркнуть возможность обратного развития такого слабоумия: «нередко то, что казалось стойким органическим дефектом со снижением личности, со временем выравнивается и исчезает». У больных, переживших длительную кому, вегетативный статус, акинетический мутизм, слабоумие становится очевидным по мере восстановления формальных признаков ясного сознания. Это выражается в крайней слабости всех психических процессов. У больных с преимущественным поражением левого полушария больше страдает словесная память; они забывают названия предметов, но способны описать их форму, назначение и т.д. У них замедляется осмысление текущей ситуации, но есть осознание собственной беспомощности, что способствует формированию приемов компенсации (например, ведение записей в дневниках с напоминанием самому себе о предстоящих встречах, действиях и т.д.). У больных с преимущественным поражением правого полушария эмоционально-личностные изменения грубее (благодушие вплоть до эйфории, снижение критики — до анозогнозии); больше нарушается память на чувственные образы всех модальностей. Эти больные быстро забывают только что испытанное, увиденное и услышанное.

Расстройства памяти выражаются разными видами амнезии.

Конградная амнезия характеризуется выпадением воспоминаний о событиях, происходивших в тот отрезок времени, когда больной находился в состоянии нарушенного сознания. Эта амнезия бывает полной (тотальной) или частичной (парциальной). Первая приходится обычно на период комы и сопора, вторая — на те отрезки времени, когда больной находился в состоянии оглушения, спутанности, смешанных нарушений и некоторых форм помрачения сознания, например, в делириозном состоянии. Полная конградная амнезия, как правило, сохраняется: события, пришедшиеся на этот отрезок, никогда не могут быть оживлены в сознании больного.

Ретроградная амнезия — выпадение из памяти событий, предшествовавших ЧМТ и воспринимавшихся в ясном сознании. Особенно длительный период охватывает такая амнезия при травме, сопровождавшейся комой продолжительностью несколько суток и более. Часто ретроградная амнезия наблюдается у больных, перенесших легкую травму в состоянии алкогольного опьянения. Уточнение длительности периода, на который распространяется амнезия, всегда затруднительно. Здесь недостаточны самоотчет и самооценка больного. Важнее данные расспросов, направленных на установление

... последнего (перед «провалом» памяти) события, о котором у больного есть собст-...ые воспоминания.

Антероградная амнезия представляет собой отсутствие (исчезновение) воспомина-... о событиях, происходивших после того, как были отмечены признаки возврата яс-...о сознания. Такая амнезия обычно устанавливается при очередном осмотре больно-... например, через 2 недели после первого обследования), когда больной не узнает бе-...вавшего с ним ранее врача, не помнит не только содержания, но и самого факта ...дыдущего разговора. Но здесь легкие напоминания врача о частностях той беседы ...ут способствовать восстановлению в памяти больного других деталей, однако пол-... воспроизведение всех событий все же недоступно. Эта амнезия возникает чаще, чем ...яется. Она бывает частичной (парциальной). Ее формированию способствует ... астения.

Снижение инициативы, произвольного начала поведения — одно из частых про-...ений снижения психической деятельности и ее эффективности. Оно не доходит до ...ени аспонтанности — полного отсутствия побуждений к деятельности. Но такие ...ные невыразительны в общем поведении, небрежны в одежде, они односложно от-...ют на вопросы, сами вопросов не задают, пассивны и малообщительны. Требуется ...оянное участие близких, подсказывающих необходимость совершения определен-... действий, доведения их до конца, чтобы добиться нужных результатов. Подобные ...енения особенно заметны у тех больных, которые до ЧМТ были участливыми, сопе-...вающими, получали удовольствие и радость от общения с близкими и друзьями.

...2.5. Эпилептический синдром

Эпилептический синдром представляет собой одно из частых последствий ЧМТ, ...одящих больных к инвалидизации. Например, он развивается после травмы у 12% ...й 3–14 лет (Сумеркина М.М., 1984).

Эпилептические припадки возникают при ЧМТ разной степени тяжести, чаще при ...бах мозга, субдуральных и внутримозговых гематомах; в отдаленном периоде они ...т быть обусловлены травматическим абсцессом, хронической субдуральной гема-...ой, рубцово-спаечными образованиями и т.д. Отмечено более частое появление ...лептических припадков у лиц с наследственной отягощенностью: наличием у близ-... родственников эпилепсии, мигрени, дипсомании, циркулярного психоза, хрониче-...го алкоголизма (Сумеркина М.М., 1984).

Описаны различные типы эпилептических припадков. У одного больного они обычно ...типны, реже полиморфны. Наиболее часты генерализованные судорожные припадки ...тратой сознания, но и в этих случаях может быть начало, отражающее очаговость пора-... мозга, например, поворот головы и глаз в сторону при преимущественном пораже-... передних отделов левого или правого полушария. У детей часты атонические припад-... снохождения, сноговорения. Нередки абсансы, психомоторные припадки, приступы ...еровегетативных нарушений, каталепсии. Часты, особенно у взрослых, припадки ...знообразными психопатологическими слагаемыми, различными при повреждении ... структур мозга и поэтому имеющими дифференциально-диагностическое значе-... При преимущественном поражении левого полушария мозга, наряду с генерализо-...ми судорожными припадками, возможны сумеречные состояния сознания, абсансы, ...омоторные припадки, преходящая моторная или сенсорная афазия, приступы на-...енных мыслей или воспоминаний; часты серийные припадки. При преимущест-...ом поражении правого полушария судорожные припадки могут сопровождаться обо-...ьными и вкусовыми галлюцинациями, пароксизмальными явлениями дереализа-... деперсонализации и ощущением измененного течения времени.

Время появления припадков после травмы различно, чаще через 6 месяцев–1 год. В эти сроки припадки возникают у 72% больных с посттравматическим эпилептическим синдромом. У 28% больных припадки появляются в сроки от 1 до 9 лет после травмы (Чебышева Л.Н., 1986).

В межпароксизмальном периоде у одних больных может не быть грубых психических расстройств и наблюдаются только астенические явления; у других же возможны грубые мнестико-интеллектуальные нарушения.

Сопутствующие припадкам эпилептоидные изменения личности отмечаются относительно редко и маловыражены. Обычно они имеют место у лиц, получивших травму в детском или подростковом возрасте. При этом отмечаются ригидность и обстоятельность мышления, подчеркнутая аккуратность и обязательность. В отдельных случаях возможны периодически возникающие дисфории.

6.2.6. Особенности психопатологии острого периода сотрясения головного мозга

(Краснов В.Н., Доровских И.В.)

Психические расстройства в остром периоде сотрясения головного мозга (СГМ) полиморфны и изменчивы. Наиболее часто встречаются явления так называемой транзиторной глобальной амнезии, астенические и кратковременные депрессивные и тревожные расстройства (Jorge R.E., Robinson R.G., Starkstein S.E., 1994; Taylor M., 1999). Возможны также гипоманиакальные эпизоды после СГМ. Нередко остаются вне поля зрения врачей когнитивные расстройства (снижение внимания, памяти, психической работоспособности), сохраняющиеся 30–35 дней после травмы и существенно влияющие на последующую социальную адаптацию (Braakman R. et al., 1988; Corrigan J.D. et al., 1992; Ben-Yishay Y., Diller L., 1993; Moore A.D., Stambrook M., 1995; Cattelani R. et al., 1996). Психопатологические нарушения при СГМ в наибольшей степени выражены сразу вслед за травмой и характеризуются спонтанной редукцией с частичным или полным восстановлением психической деятельности. Вместе с тем литературные данные свидетельствуют о существенных расхождениях в оценке психопатологической структуры расстройств, возникающих в остром периоде СГМ, и тенденций их течения.

Систематика психических нарушений острого периода сотрясения головного мозга

Клиническая картина острого периода СГМ представлена в большинстве случаев нарушениями сознания, проявляющимися сразу после травмы, и последующими (вслед за восстановлением сознания) изменениями психической деятельности. Указанные нарушения могут быть систематизированы следующим образом:

I. Нарушения сознания:
- а) оглушение умеренное;
- б) оглушение глубокое;
- в) сопор;
- г) кома умеренная;
- д) кома глубокая.

II. Психопатологические состояния, развивающиеся после восстановления сознания:

1. Нарушения памяти:
   - а) симптомокомплекс конградной амнезии;
   - б) симптомокомплекс ретроградной амнезии;
   - в) дисмнестический симптомокомплекс.

2. Синдромы астении:
   а) гипостенический синдром;
   б) гиперстенический синдром;
   в) синдром астении с психосенсорными нарушениями.
3. Синдром анозогнозии.
4. Аффективные расстройства:
   а) гипоманиакальный синдром:
      - синдром непродуктивной гипомании;
      - синдром продуктивной гипомании;
   б) гипотимические синдромы:
      - синдром тревожной субдепрессии;
      - синдром астенической субдепрессии.

Нарушения сознания

Нарушения сознания при СГМ, как правило, кратковременны — от нескольких се-нд до 20 минут — и проявляются угнетением сознания разной степени. О времени клинических особенностях нарушений сознания из-за их малой продолжительности иходится судить лишь ретроспективно, по косвенным признакам.

Судя по рассказам лиц, наблюдавших больных сразу после травмы, практически всех них имеют место количественные, а не качественные нарушения сознания. Выяв-на достоверно значимая зависимость длительности нарушения сознания от наличия когольного опьянения.

Нарушения памяти

Нарушения памяти относятся к психическим нарушениям, наблюдающимся по-е восстановления сознания. Квалификация их как синдромов конградной или рет-градной амнезии либо дисмнестического в определенной мере условна; она осуще-вляется в связи со значимостью нарушений памяти в клинической картине СГМ целом. Нарушения памяти почти всегда сопровождаются астеническими явления-, однако последние более подвижны и относительно быстро подвергаются редук-ии, поэтому не представлены в самом обозначении синдромов. Рассматривая на-анные симптомокомплексы, нельзя не отметить, что границы и клиническое содер-ие выделенных видов амнезии трудно объективизируемы. В подавляющем льшинстве наблюдений они основаны на ретроспективной оценке выпадения — етения сознания. Если при тяжелой ЧМТ возможна динамическая врачебная оцен-как выпадения — угнетения сознания, так и последующих амнестических наруше-, в частности конградной и антероградной амнезии, то длительность ретро- и кон-дной амнезии при СГМ может быть установлена только на основе самоотчета па-ента. Этот факт затрудняет выделение и клиническое описание степени угнетения знания и последующих видов амнезии.

Ретроградная амнезия, наблюдающаяся в 15% случаев СГМ, принципиально не отлича-ся от таковой при тяжелой ЧМТ, в то время как конградная амнезия, возникающая при ГМ у всех больных, имеет значительные отличия от своего аналога при тяжелой ЧМТ.

При СГМ возможна частичная конградная амнезия, когда сознание угнеталось до ных степеней оглушения и на короткое (до минуты) время, так и полная, когда СГМ ровождалось более длительным (до 10–20 минут) и глубоким угнетением — выпа-ем сознания (сопор, кома). Полная конградная амнезия включает два компонента: вый — тотальная амнезия, соответствующая периоду выключения сознания, второй — частичная амнезия, соответствующая периоду восстанавливающегося

(еще неясного) сознания, когда больные уже способны воспроизвести отдельные события, но характеризуют свое восприятие как «неясное, туманное, сквозь дымку, пелену».

Описываемая конградная амнезия отличается от своего аналога при тяжелой ЧМТ возможностью достоверного сокращения охваченного амнезией периода ($p<0,02$). Полная конградная амнезия при СГМ, за счет второго «частичного» её компонента, квалифицируется некоторыми авторами традиционно как антероградная амнезия (на наш взгляд ошибочно). Невозможность объективной констатации восстановления ясного сознания после СГМ; субъективная оценка границ и квалификация больными последующего частично амнезированного периода, о котором остались отрывочные воспоминания как периода неясного, туманного восприятия; кратковременность (часы) этого периода, вследствие чего отсутствует возможность его динамической врачебной оценки, не позволяют с полной уверенностью расценивать описанную амнезию как антероградную. Состояние алкогольного опьянения в момент травмы удлиняет частично амнезируемый период до 12 часов. Неясна также и природа кажущейся сохранности ориентировки, поведенческих и двигательных актов (больные находят дорогу домой, поддерживают беседу с собеседником, а в последующем припоминают эти действия лишь частично). По-видимому, здесь имеет место сложное взаимодействие алкогольной интоксикации и посттравматической астении, значительно снижающих уровень бодрствования пациентов, сужающих объем восприятия, вызывающих снижение мышечного тонуса, что способствует переходу в сон, близкий к физиологическому, а не нарушению сознания. Таким образом, принципиально не отрицая возможности антероградной амнезии при СГМ, нельзя представить ее наличие у больных в частично амнезируемый период ясного сознания.

Трансформация частичной конградной амнезии в тотальную (у 4% больных, обнаруживающих в остром периоде СГМ истероформные расстройства) свидетельствует о сложных механизмах нарушений памяти, не столь детально, как это представлено в литературе, исследованных даже феноменологически. Впрочем, известны описания углубления амнезии, утраты со временем воспоминаний о событиях, ранее, на определенном этапе после травмы, воспроизводимых пострадавшими. Однако психологические механизмы таких явлений, в частности психогенные влияния на объем утраты памяти, не описывались и не исследовались. У некоторых больных вскоре после травмы нарушения памяти на события, связанные собственно с травмой и последовавшие за ней, все более углубляются. В этих случаях, по-видимому, в силу психотравмирующей ситуации, причиной которой служат сведения, полученные больными во время встреч с родственниками и сослуживцами, начинают действовать механизмы вытеснения, условной приятности, желательности; частичная амнезия становится полной конградной. При этом психопатологический анализ состояния с учетом особенностей самоописания и поведения больных позволяет говорить не об аггравации, а именно об амнезии, ее углублении за счет психологических механизмов.

Особенностью дисмнестического синдрома, помимо описанных выше нарушений памяти, является наличие осознаваемых больными затруднений в фиксации текущих событий, воспроизведении прошлых событий, особенно наиболее близких к настоящему времени, замедление формирования ассоциативных связей.

Синдромы астении

Выделено три варианта астенического синдрома по совокупности составляющих его расстройств: гипостенический — при преобладании утомляемости, истощаемости, анергии, адинамии; гиперстенический — при наличии раздражительной слабости и аффективной неустойчивости; вариант астении с психосенсорными нарушениями — при сочетании астенических проявлений с нарушениями сенсорного синтеза в виде искаженного восприятия собственного тела и окружающего мира.

Синдром анозогнозии

Данный синдром выражается в отрицании собственного болезненного состояния ли в беззаботности, снижении критики к произошедшему, отсутствии адекватных ственных представлений о болезни. Больные легкомысленно относятся к рекомен-иям медперсонала по соблюдению постельного режима, приему лекарств, необхо-мости обследования и его результатам. Настойчиво требуют быстрейшей выписки клиники, не осознавая своей несостоятельности: объективно регистрируемых, дос-точно выраженных нарушений памяти; соматовегетативных и неврологических рас-ройств.

Аффективные (субаффективные) расстройства

Аффективные нарушения выявляются у 68% больных в остром периоде СГМ. клинические особенности, динамика зависят от преобладания того или иного ктора (травматического поражения мозга, психотравмирующих влияний, конститу-онально-личностного радикала). Указанные нарушения присущи расстройствам ротического уровня. Они характеризуются полярностью аффективных нарушений, намичностью, изменчивостью симптоматики, относительной сохранностью лично-тных компенсаторных возможностей, вторичными поведенческими расстройствами, также негрубыми амнестическими, общемозговыми неврологическими, соматовеге-тативными нарушениями.

Гипоманиакальный синдром

Гипоманиакальный синдром отмечается у 18% больных и представлен двумя вари-тами: непродуктивной (10%) и продуктивной (8%) гипоманией. Гипомания развива-тся аутохтонно вслед за СГМ. Однако возможен психогенный вариант ее развития, ко-а травме предшествует психотравмирующая ситуация. В этих случаях нельзя исклю-ть гиперкомпенсаторный механизм психологической защиты в виде вытеснения хической травмы (Holahan C.J., Moos R.H., 1986), то есть за фасадом гипомании рывается субдепрессия.

От непродуктивной гипомании продуктивная отличается меньшей длительностью, 7-му дню клиническая картина нивелируется, и на первый план выступают астениче-кие и/или вегетативные нарушения. Отличия также состоят в наличии клинически ве-фицируемых ускоренного мышления, повышенной двигательной активности, сию-инутного стремления к обретению прежнего уровня социального функционирования, левливости, раздражительности; в отсутствии жалоб на состояние здоровья, в меньшей ыраженности астенических явлений, более выраженной анозогнозии. Кроме того, раз-го рода психическая деятельность пациентов на период аффективных нарушений дос-аточно продуктивна, что подтверждается психофизиологическими исследованиями.

Синдромы гипотимии

Гипотимия наиболее полно представлена в психопатологии острого периода СГМ; она стречается в 50% наблюдений, что согласуется с литературными данными. A.T. Taylor 1999) отмечал субдепрессию у 60% больных с легкой ЧМТ.

При первом обследовании больных выявляются тревожный и астенический (14% слу-ев) варианты депрессии как наиболее неспецифические реакции личности на травму сопутствующие ей психотравмирующие обстоятельства. Такая склонность к депрес-вному реагированию, по-видимому, связана с большей сохранностью личности боль- с СГМ по сравнению с более тяжелыми травмами. При этом тревожная депрессия редставляется более целостной (по сравнению с астеническими состояниями), более

дифференцированной реакцией, связанной с интрапсихической переработкой пси травмирующих обстоятельств. Оценка уровня глубины депрессивного расстройства монстрирует континуум легких аффективных нарушений от субдепрессии, не достиг щей критериев депрессивного эпизода, главным образом, из-за длительности менее 2 дель (24% случаев), до синдромологически и типологически оформленных депрес невротического уровня (26% случаев).

Вариабельность тревожной депрессии и в целом динамики гипотимии, ее синдро кинез, во многом определяется превалированием тех или иных факторов (собстве СГМ, наличия личной значимости психотравмирующих обстоятельств, предшеств щих травме или развившихся вторично вслед за ней), а также выраженностью консти циональных биологических и психологических особенностей, астенических явлений. К ждый из указанных факторов по-своему влияет на формирование, структуру, тече и исход депрессивного расстройства травматического происхождения.

Тревожная субдепрессия констатируется у 36% больных в остром периоде С Клиническая картина и динамика данного синдрома во многом определяются пси травмирующими обстоятельствами.

При актуальности психотравмирующих обстоятельств, возникших в связи с С с первого дня имеет место клинически очерченная депрессия «невротического» уро (10% случаев). Ввиду того, что психотравмирующие обстоятельства, как правило, м сивны, сопряжены с угрозой уголовной, финансовой и иной имущественной ответстве ности пациентов, в ее синдромокинезе основную роль играют реактивные механиз Наличие «измененной травмой почвы», по-видимому, облегчает проявление трево но-депрессивного ответа личности на психотравмирующие обстоятельства и при психогении остроту и устойчивость. В двух третях случаев тревожная субдепрессия ст ко удерживается более 14 дней из-за неопределенности в разрешении психотравмиру щих обстоятельств. Затягиваясь, депрессия приобретает рентный характер и при э либо трансформируется в истероформную депрессию с демонстративным предъявле ем жалоб, либо структурно не изменяется и не приобретает других качественно нов симптомов, но имеется фиксация больного на психотравмирующих обстоятельст При дезактуализации этих обстоятельств (субъективно благоприятное разрешение с туации) отмечается быстрая (но не менее 7–10 дней) редукция тревожно-депрессив симптоматики с исходом в астению разной степени выраженности.

Иная динамика тревожной депрессии отмечена при наличии предшествующ ЧМТ психотравмирующих обстоятельств (15%). Здесь СГМ является кульминац неприязненных психотравмирующих взаимоотношений. Больной к моменту трав как правило, уже пребывал в невротическом состоянии. Субъективно неблагоприят разрешение психотравмирующей ситуации (избиение), собственно нейротравма, пр дает депрессии значительную выраженность, склонность к затяжному течению. По му выраженная, как и в вышеописанной ситуации, тревожно-депрессивная симпто тика в большинстве случаев стойко удерживается. На второй неделе пребывания в к нике у части больных (4%), стойко фиксированных на психотравмирующей ситуац опасающихся возврата к ней после выписки, происходит истероформная трансфор ция синдрома. По механизмам условной приятности и желательности значитель преувеличивается ущерб здоровью, нанесенный травмой, удерживаются амнести ские, общемозговые, соматические, вегетативные, астенические нарушения, обусл ленные травмой; вторично изменяется поведение.

У другой части больных (3%), как бы «демобилизовавшихся» перед психотрав рующими обстоятельствами, происходит трансформация тревожной депрессии в псев апатическую. В этих случаях, вероятно, по тем же реактивным механизмам фиксиру ся и значительно усиливается физический компонент посттравматической астении, о ределяя особые характеристики псевдоапатического синдрома.

Отмеченная динамика и трансформация синдрома требуют достаточно длительной интрапсихической переработки психотравмирующих обстоятельств. Перспективное осознание личностью этих обстоятельств как субъективно неприемлемых, часто угрожающих жизни, отсутствие ранее сформированных защитных механизмов приводят к смене тревоги чувством безнадежности и безысходности. Больной, перестав бороться с ними, как бы уступает обстоятельствам, «уходит в болезнь», что в конечном итоге требует перевода его в отделение пограничных состояний для лечения, которое как правило, оказывается малоэффективным в силу неразрешимости поддерживающих болезненное состояние обстоятельств.

Псевдопатическая депрессия характеризуется преобладанием в клинической картине снижения уровня побуждений, жизненного и физического тонуса над измененным аффектом. Сниженное настроение сочетается у больных с пассивностью, очевидным безразличием к происходящим событиям, собственной судьбе, неспособностью к волевому усилию, леностью, невозможностью преодолеть себя. В их переживаниях звучит безнадежность и невозможность самостоятельно справиться с неприятностями. Обращают на себя внимание бедность эмоционального реагирования больных, ограничение интересов при, как правило, живых вегетативных реакциях. Больные не ищут помощи у окружающих. Кроме того, у них отмечаются нарушения сна, аппетита, нарастающие утомляемость, ощущение физической вялости, слабости. Всегда имеются умеренно выраженные амнестические, общемозговые и соматовегетативные нарушения.

Данный синдром является завершающим этапом динамики тревожной депрессии.

При наличии у пациента тревожно-мнительных личностных особенностей также возможно появление после СГМ тревожной субдепрессии (11%). В таких случаях собственно нейротравма выступает как психотравмирующий агент. Тревожно-мнительные черты характера играют ведущую роль в ипохондрической фиксации посттравматических психопатологических феноменов. 5–7-дневная «внутренняя переработка» психотравмирующих обстоятельств (факта получения травмы), объективизация результатами обследования реального ущерба для здоровья, естественная динамика травматического процесса в большинстве случаев разрешают это состояние в легкую астению.

Астеническая субдепрессия. В 11% случаев данный синдром регрессирует параллельно с соматовегетативной и неврологической симптоматикой. Наиболее долго сохраняются чувство эмоционального дискомфорта и раздражительная слабость. Однако в 5% случаев она затягивается на срок более 14 дней, приобретая синдромологические характеристики астенической депрессии. В этих случаях депрессия как бы «очищается» от сосуществующих с ней и поддерживающих ее астенических явлений и соматовегетативных сенсаций. На первый план выступают собственно депрессивный аффект и синдром раздражительной слабости, ипохондрическая фиксация, снижение умственной и физической продуктивности из-за быстрой утомляемости.

И в итоге следует отметить структурно-динамические особенности депрессивных расстройств. В большинстве случаев (26%) в развитии клинически и синдромально очерченных тревожных депрессий превалируют психогенные (реактивные) механизмы развития. Динамика депрессии напрямую зависит от субъективной актуальности и массивности психотравмирующих обстоятельств. За счет сохраняющихся или редуцирующихся астенических явлений, присущих травме, депрессия приобретает те или иные клинические формы. Благополучно разрешается 13% случаев субдепрессий. При выраженных конституционально-личностных особенностях астенического полюса возможна последующая ипохондрическая фиксация депрессивных проявлений.

6.2.7. Особенности психопатологии черепно-мозговой травмы в детском и пожилом возрасте

В крайних возрастных периодах — раннем детском и старческом возрасте ЧМ в той или иной степени прогностически неблагоприятна. Оба эти периода характери ются меньшей по сравнению со зрелым возрастом степенью функциональной ас метрии мозга. Это во многом определяет особенности структуры психопатологическ картины ЧМТ у детей, пожилых лиц и стариков (Доброхотова Т.А. и соавт., 1988).

Течение ЧМТ в крайних возрастных группах имеет как общие черты, так и разли У *пожилых и стариков* степень тяжести травмы не соответствует силе механического у ра. Значительное поражение мозга возможно и при легком ударе (например, при п нии на ровном месте). Почти в 50% случаев легкая травма сопровождается внутриче ными кровоизлияниями (Мосийчук Н.М. и соавт., 1988). Особенно часто наблюдает субарахноидальное кровоизлияние (из-за повышенной ранимости сосудов). У пожи людей трудно дифференцировать ушибы мозга средней и тяжелой степени. Лю черепно-мозговая травма может сопровождаться тяжелым общим состоянием боль го, обостряя церебро- и кардиоваскулярные нарушения; нередко развивается паркин низм (Ромоданов А.П., 1995).

У *детей* при ЧМТ реже, чем у взрослых, возникают субарахноидальные кровоиз ния, эпидуральные и внутримозговые гематомы, субдуральная гематома в 80% случ сопровождается ликворной гипертензией. Клиническая картина травмы у детей м симптомна, и легкой может выглядеть даже тяжелая травма, например ушиб мозга. нако у детей, как правило, бывает больше выражен отек мозга (Ормантаев К.С., 1 Артарян А.А. и соавт., 1985).

Часто сразу после тяжелой травмы у детей развивается угнетение сознания вплоть комы, которая может длиться 30 суток и более, а последующий вегетативный статус — 180 дней. Не всегда соблюдается характерная для взрослых последовательность ст восстановления сознания: понимание речи может проявиться до открывания глаз и сации взора. Синдромы помрачения сознания более элементарны, и в их структуре отмечаются различные виды возбуждения: двигательное — у детей до 3 лет, гро плач, повторение отдельных слов — в 4–7-летнем возрасте, речедвигательное возбу ние — с 7–8-летнего возраста, психомоторное беспокойство — с 8–9 лет. С этого же раста могут появляться тревога, раздражительность, суетливость. С 9–10 лет возмо галлюцинаторно-бредовые явления; с 11 лет — корсаковский синдром, а с 12 лет — реализационно-деперсонализационные явления.

У пожилых людей и стариков редко наступает кома. Если же она возникает, то ся не более 3 суток. Чаще наблюдается оглушение, состояния амнестической, амн ко-конфабуляторной спутанности. Нередко возникают двигательное и речевое койство, речедвигательное возбуждение; в единичных случаях — кратковреме галлюцинаторно-бредовые переживания. Спутанность сознания у стариков уси ся к вечеру, на фоне нарушений ритма сон–бодрствование.

Таким образом, клиника ЧМТ в детском и пожилом возрасте резко различается. У возможно продолжительное угнетение сознания, в том числе длительные кома и тивный статус; для пожилых и стариков характерна малая продолжительность угн сознания. У детей с возрастом повышается дифференцированность нарушений соз у пожилых и стариков — снижается. У последних практически не бывает помра сознания в строгом смысле слова, для них характерны состояния спутанности соз которые становятся с возрастом менее дифференцированными. Отдаленные от мо ЧМТ нарушения сознания часты у пожилых и стариков с хроническими субдураль

...омами. Восстановление сознания происходит быстрее у детей, чем у пожилых боль... Сходство же клиники ЧМТ в обеих группах определяется преобладанием дефицитар... симптомов над продуктивными, малым влиянием стороны преимущественного по... ...ия мозга на клиническую структуру и регресс расстройств сознания.

.3. Исходы черепно-мозговой травмы

...азработка критериев исходов и их классификации абсолютно необходима для изуче... прогноза не только выживания, но и полноты восстановления психической деятель..., включая социальное функционирование. Поэтому столь распространенными ста... ...калы оценки состояния больных с учетом этого показателя. Среди таких шкал наи...ией популярностью пользуется шкала исходов Глазго (Jennett B., Bond M., 1975) ...даря своей простоте и воспроизводимости. К сожалению, и в ней, и в более поздней ...дификации (Livingston M.G., Livingston H.M., 1985) недостаточно отражен психиат...ий аспект. При помощи этих шкал невозможно объяснить, какие именно дефекты ... в основе снижения социального функционирования больных. Это обусловило не...димость разработки комплексного подхода к оценке исходов, что было сделано ...ституте нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко РАМН. Данный подход состоит в том, ... психическое состояние больного сопоставляется с типами исходов в социальном ас... (табл. 6.2). Между психопатологическими и социальными показателями обнару...ется высокий коэффициент корреляции (в среднем r=0,8). Несмотря на это, очевид... ...еобходимость регистрации обеих характеристик исхода, поскольку редукция клини...ой симптоматики иногда значительно опережает восстановление социальных ...ов. Кроме того, в случаях, где инвалидизацию определяет наличие парезов, гипер...в, паркинсонизма, нарушение зрения (вплоть до слепоты), частые эпилептические ...адки, отмечается несоответствие между указанными оценками.

...При определении социального исхода главным критерием, наряду с уровнем само...служивания, для взрослых больных является степень трудоспособности; для детей — ...жения в учебе; для пожилых и стариков — уровень общения.

...Лучшим вариантом исхода является восстановление преморбидной психической ...циальной адаптации. Критерием такого исхода является отсутствие в отдаленные ...е ЧМТ сроки каких-либо расстройств психической деятельности.

...ица 6.2. Сопоставление психиатрических и социальных показателей при оценке исходов черепно-мозговой травмы

...ические синдромы	Социальные показатели исхода
...сутствие нарушений	1. Прежний объем работы по специальности без утомляемости, преморбидный уровень общения
...тойкий неврозоподобный синдром	2. Прежний объем работы по специальности с утомляемостью, некоторое ограничение общения
...моционально-личностный дефект	3. Сниженный объем работы по специальности, заметное сужение круга общения
	4. Работа не по специальности, облегченный труд, затруднения во взаимодействии с коллективом
...меренный познавательный дефект	5. Ведение хозяйства, работа в специальных условиях, бедность внесемейных контактов
	6. Полное самообслуживание, помощь по хозяйству, контакты ограничены семьей

Клинические синдромы	Социальные показатели исхода
5. Слабоумие с ориентировкой	7. Самообслуживание при легкой опеке без помощи по хозяйству, затруднение общения в семье
6. Слабоумие с дезориентировкой	8. Частичное самообслуживание, непостоянный посторонний уход, бедный формальный контакт
7. Слабоумие с распадом речи	9. Отсутствие самообслуживания, постоянный уход, наличие лишь элементарного контакта
8. Вегетативный статус	10. Невозможность существования без постоянного ух... полное отсутствие контакта

Стойкий неврозоподобный синдром с характерной для него непереносимостью ... ственных и физических нагрузок обусловливает трудности приспособления к ре... изменениям жизненного стереотипа. При этом отмечается относительная сохранн... преморбидных свойств личности и типа эмоционального реагирования. Такие ... как правило, остаются на прежней работе, иногда в условиях неполной нагрузки. ... ционально-личностный дефект в рамках психопатоподобного синдрома, естестве... препятствует адаптации больных в коллективе, семье, затрудняя выполнение оп... ленных видов деятельности, часто приводит к смене работы. Расстройства психич... деятельности при умеренном интеллектуально-мнестическом дефекте обычно не ... шают деятельности больного в быту и повседневной жизни, но затрудняет его ак... ность в необычных для него или требующих интеллектуальных усилий ситуациях. ... этому больные обычно трудятся в индивидуально созданных условиях или ведут ... машнее хозяйство. Слабоумие с ориентировкой ограничивает социальную адапт... только пределами семьи, причем больные в лучшем случае могут помогать по хоз... ву. Слабоумие с дезориентировкой приводит к ограничению в самообслуживании и ... частую к необходимости в опеке окружающих. При слабоумии с распадом речи ... ные полностью зависимы от постороннего ухода, хотя не исключено восстановл... у них некоторых навыков самообслуживания. При хроническом вегетативном ста... жизнь больных полностью зависит от постороннего ухода.

Сочетание клинических и социальных характеристик в данном подходе позво... использовать его при междисциплинарных исследованиях как клиницистами ... только психиатрами, но и неврологами), так и социальными работниками и реаб... тологами.

Следует отметить сопоставимость изложенного подхода с применяемыми в нейрот... матологии другими показателями. Так, они могут быть интерпретированы с уч... клинической градации по стадиям восстановления психической деятельности после ... тельной комы: к исходу 8 (табл. 6.2) относятся стадии открывания глаз, фиксации ... эмоциональной реакции на близких (вегетативный статус, акинетический мутизм); к и... ду 7 — стадии понимания речи и появления собственной речевой активности (м... с пониманием речи, дезинтеграция речи); к исходу 6 — стадии возобновления ориент... ки (амнестическая спутанность); к исходам 4 и 5 — стадия познавательной недостат... сти; к исходам 2 и 3 — соответственно стадии неврозоподобных и психопатоподоб... нарушений, к исходу 1 — полное восстановление преморбидной психической деятельн...

Представленная шкала социальных показателей исхода ЧМТ сопоставима со ... лой исходов Глазго — первые четыре исхода расшифровывают рубрику «Хорошее ... становление» последующие три — «Умеренная инвалидизация»; исходы 8 и 9 сле... отнести к «Тяжелой инвалидизации»; исход 10 полностью соответствует «Вегетати... му состоянию».

Использование приведенных шкал способствует более успешному прогнози... нию восстановления психической деятельности у различных контингентов боль...

...МТ (Доброхотова Т.А., 1993), в том числе после длительных коматозных состояний ...ев О.С., 1993; Доброхотова Т.А. и соавт., 1994). Ими можно рекомендовать поль...ся при изучении новых методов лечения и реабилитации, а также для выявления ...ожных предикторов психического и социального восстановления у различных ...ингентов пострадавших.

...4. Дифференциальный диагноз

Диагностика при рассматриваемой патологии должна быть направлена на выявле... признаков, значимых для течения ЧМТ, особенно при внутричерепных кровоиз...иях, и отграничение синдромов промежуточного и отдаленного периодов травмы ... сходных с ними состояний при шизофрении, аффективных и других психозах ...мский Н.Г., 1983).

Очень важна своевременная диагностика психических нарушений, при которых по...о срочное хирургическое вмешательство, — удаление гематом. Следует иметь ...иду, что до нарастания психических нарушений возможен и нередко наблюдается ... называемый светлый промежуток, когда после травмы больной остается ...сительно адекватным в своем поведении, сам добирается до дома, может сказать ... даже не сообщить близким о случившемся. При этом его манеры, занятия, разго... остаются привычными. Но на этом фоне неожиданно может развиться психомо...ое возбуждение. Больной начинает громко говорить и жестикулировать. При кро...лиянии в левое полушарие мозга могут наблюдаться расстройства речи. Очень ...ы два свойства такого возбуждения: 1) оно сопровождается все более частыми ...обами больных на появление и усиление головных болей; 2) оно кратковременно, ...ро затихает и сменяется угнетением сознания — оглушением, переходящим ...пор, кому. В последнем случае абсолютно необходима организация доставки боль... в нейрохирургическую клинику для возможно более быстрого удаления острой ...атомы (внутримозговой, эпи- или субдуральной).

Отграничение описанных синдромов от проявлений эндогенных психозов обычно не ...дставляет трудностей в связи с наличием самого факта ЧМТ и расстройств сознания, ...кже особенностей психических нарушений с учетом их динамики. Специального ...мания требуют лишь редкие случаи провокации травмой эндогенных психозов.

...5. Трудовая, военно-врачебная и судебно-психиатрическая экспертиза

...естно с Доровских И.В., Куликовым В.В.)

Врачебно-трудовая экспертиза — важное звено в комплексной медико-социальной ...илитации больных после ЧМТ. Экспертиза предусматривает не только своевремен... перевод больного на инвалидность, но и вовлечение инвалида в доступную для него ...тельность, что способствует восстановлению трудоспособности (Боева Е.М., 1994). ...па инвалидности устанавливается специальными врачебными комиссиями в соот...вии с критериями, определяющими ту или иную группу стойкой нетрудоспособно... (Старовойтова И.М., 2002).

Военно-врачебная экспертиза психических расстройств вследствие ЧМТ. По дан... ЦВВК МО РФ, в структуре негодности и ограниченной годности военнослужащих

к военной службе последствия ЧМТ составляют: у военнослужащих, проходящих во... ную службу по контракту, — 5%, а по призыву — 2–4%.

Медицинское освидетельствование военнослужащих с отдаленными последств... ми ЧМТ имеет важное значение в плане не только медицинских, но и социаль... а также юридических аспектов. Экспертный диагноз последствий травм головного м... га должен быть четким и содержать следующие данные:

а) этиология заболевания (закрытое повреждение головного мозга, сотрясе... ушиб головного мозга, переломы основания или свода костей черепа и т.д.);

б) стадия заболевания (стадия восстановления после перенесенной травмы, ст... отдаленных последствий и т.д.);

в) характер выявленных морфологических нарушений (гидроцефалия, слипчив... кистозный арахноидит, оболочечно-мозговой рубец и т.д.);

г) топика поражения (сторона, отдел головного мозга);

д) функциональные нарушения (например, правосторонняя гемиплегия с мот... ной афазией, гемианопсия, судорожные припадки, астенические состояния, измене... личности, вегетативная и вестибулярная дистония и т.д.).

Категория годности к военной службе устанавливается по последствиям перене... ной ЧМТ в зависимости от степени нарушения функции органов и систем на мом... освидетельствования и при определившемся исходе на основании Расписания болез... и Таблицы дополнительных требований (приложение к Положению о военно-врач... ной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства РФ 25.02.2003 №1... В основе всех статей Расписания лежит единый алгоритм определения функцион... ных нарушений.

С точки зрения военно-врачебной экспертизы, функциональные нарушения — ... выявляемые объективными методами исследования расстройства деятельности ор... нов и систем организма человека, ограничивающие его возможность адаптации к у... виям военной службы. Именно от состояния адаптационных механизмов зависит ... пень выраженности функциональных нарушений в связи с физическими нагруз... во время службы и в быту, климатическими и другими условиями среды, окружаю... человека.

Традиционно в практике военно-врачебной экспертизы выделяют три степени ... раженности функциональных нарушений:

I степень (незначительные нарушения) — это выявляемое объективными мето... исследования состояние напряжения адаптационных механизмов при уровне нагру... на организм, превышающих повседневные (обычные) для конкретного человека. ... этом способность исполнять обязанности военной службы, как правило, сохранена ... незначительно ограничена, но военнослужащий не может проходить военную слу... в отдельных видах и родах войск и по некоторым военно-учетным специально... требующим от него большого физического и нервно-психического напряжения (... душно-десантные войска, плавсостав, морская пехота, спецсооружения и др.).

II степень (умеренные нарушения) — состояние срыва адаптационных механиз... проявляющееся при повседневных (обычных) для конкретного человека нагруз... Способность исполнять обязанности военной службы при этом ограничена.

III степень (значительные или резко выраженные нарушения) — состояние по... срыва адаптационных механизмов, выявляемое уже в покое. Способность испо... обязанности военной службы при этом стойко утрачивается.

Таким образом, нарушение функций организма, с точки зрения военно-враче... экспертизы, оценивается прежде всего с позиции, в какой степени эти нарушения ... к снижению у гражданина способности исполнять обязанности военной службы и ... социальной адаптации.

Определение категории годности к военной службе является главной задачей военно-врачебной экспертизы. При этом военно-врачебные (врачебно-летные, врачебные) ...ссии должны руководствоваться рядом критериев, которые можно разделить на ... большие группы: медицинские и социальные.

Медицинские критерии включают своевременно установленный точный полный ...ический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, степени ...кциональных нарушений, тяжести и характера течения заболевания или увечья, ... заболевания, наличия декомпенсации, осложнений. Большое значение имеет ...е клинический прогноз (ближайший и отдаленный) и прогноз в отношении про...ения военной службы, основанный на анализе результатов лечения, обратимости ...ологических и функциональных нарушений, характера течения заболевания ...го осложнений. Во всех случаях категория годности к военной службе оценивается ...лексно с учетом всех имеющихся медицинских критериев.

Социальные критерии, определяющие фактическую способность исполнять обя...ости военной службы, отражают все, что связано с профессиональной деятельно... военнослужащего. К ним относятся: характеристика физического и нервно-пси...еского напряжения, организация, периодичность, ритм работы; наличие нагрузки ...тдельные органы и системы организма, неблагоприятных условий труда и профес...иальных вредностей. При этом при медицинском освидетельствовании с целью ...деления категории годности к военной службе учитываются возраст, мнение ...ндования и врача воинской части о фактической способности освидетельствуемого ...лнять обязанности военной службы и возможности использовать его на работе, ...более отвечающей состоянию его здоровья, а также направленность самого освиде...твуемого на продолжение военной службы.

Медицинское освидетельствование граждан с психическими расстройствами вслед...е травм головного мозга проводится на основании статей 14, 25 и 28 Расписания бо...ей и Таблицы дополнительных требований (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства РФ ...02.2003 г. №123).

...тья 14. Органические психические расстройства

...нование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе			
	I графа	II графа	III графа	IV графа
1	2	3	4	5
... резко выраженных стойких психических нарушениях	Д	Д	Д	НГ
... и умеренно выраженных психических нарушениях	В	В	В	НГ
... легких кратковременных болезненных проявлениях	Г	Г	Г	НГ
...ри стойкой компенсации болезненных расстройств ... острого заболевания головного мозга или закрытой ...но-мозговой травмы	Б-4	Б	Б	НГ

...сматривает психозы, другие психические расстройства, изменения личности и поведения, ...овленные повреждением и дисфункцией головного мозга (травмы, опухоли головного мозга, ...алит, менингит, нейросифилис, а также сенильные и пресенильные психозы, сосудистые, ...ративные, другие органические заболевания и поражения головного мозга)

...етельствование граждан проводится после стационарного (амбулаторного) обследования.

...**ункту «а»** относятся резко выраженные, затяжные психотические состояния, а также психические ...ойства, проявляющиеся стойкими выраженными интеллектуально-мнестическими ...ениями или резко выраженными изменениями личности по психоорганическому типу.

...–III графам — «Д» — не годен к военной службе.

К пункту «б» относятся состояния с умеренно выраженными астеническими, аффективными, диссоциативными, когнитивными, личностными и другими нарушениями, а также психотические состояния с благоприятным течением.

По I–II графам — «В» — ограниченно годен к военной службе. По III графе — «Б», «В» — индивидуально.

К пункту «в» относятся преходящие, кратковременные психотические и непсихотические расстройства, возникающие вследствие острых органических заболеваний или травм головного м[illegible], завершившиеся выздоровлением или незначительно выраженной астенией при отсутствии призн[illegible] органического поражения центральной нервной системы. По окончании отпуска по болезни [illegible] освобождения при необходимости проводится повторное освидетельствование.

По I–III графам — «Г» — временно негоден к военной службе.

К пункту «г» относятся состояния стойкой (не менее 1 года) компенсации болезненных проявлений после острого заболевания или травмы головного мозга при отсутствии психических расстройств и явлений органического поражения центральной нервной системы, когда имеются лишь отдельные рассеянные органические знаки, без нарушения функций. По I графе — «Б-4» — годен к военной службе с незначительными ограничениями (с ограничениями по отдельным военно-учетным специальностям).

По II–III графам — «Б» — годен к военной службе с незначительными ограничениями.

Статья 25. Травмы головного, спинного мозга и их последствия. Последствия пораже[illegible] центральной нервной системы внешними факторами

Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе			
	I графа	II графа	III графа	IV графа
1	2	3	4	4
а) со значительным нарушением функций	Д	Д	Д	НГ
б) с умеренным нарушением функций	В	В	Б, В – ИНД	НГ
в) с незначительным нарушением функций	В	В	Б	НГ
г) при наличии объективных данных без нарушения функций	Б-4	Б	Б (ВДВ, ПС, МП, СС – инд)	НГ (оф[illegible] мичманы – [illegible]

Предусматривает ближайшие и отдаленные (через год или более с момента травмы) последствия [illegible] головного или спинного мозга, осложнения травматических повреждений центральной нервной системы, а также последствия травм от воздушной взрывной волны и воздействия других вне[illegible] факторов.

К пункту «а» относятся:

- последствия травматических повреждений с тяжелыми расстройствами функций головного и[illegible] спинного мозга (ушибы и сдавления мозга, приводящие к стойким параличам или глубоким парезам, нарушению функций тазовых органов и т.п.);
- последствия травматических повреждений мозгового вещества с расстройством корковых фу[illegible] (афазия, агнозия, апраксия и т.п.);
- посттравматические арахноидит, гидроцефалия, приводящие к резкому повышению внутричерепного давления или частым (3 и более в год) эпилептическим припадкам. По I–III графам — «Д» — не годен к военной службе.

К пункту «б» относятся последствия травм головного или спинного мозга, при которых очаговы[illegible] симптомы и расстройства функций не достигают степени выраженности, предусмотренной п[illegible] «а» (парез, существенно не ограничивающий функцию конечности: умеренно выраженные мозж[illegible] расстройства в форме неустойчивости при ходьбе, нистагма, нарушений чувствительности; травматический арахноидит, гидроцефалия с умеренно выраженным или незначительным повыш[illegible] внутричерепного давления, редкими (менее 3 в год) эпилептическими припадками). По I–II гр[illegible] «В» — ограниченно годен к военной службе.

По III графе — «Б», «В» — индивидуально.

К пункту «в» относятся последствия травматического повреждения головного или спинного мо[illegible] травматический арахноидит без признаков повышения внутричерепного давления, при которых в неврологическом статусе выявляются рассеянные органические знаки (асимметрия черепной

...и и анизорефлексия, легкие расстройства чувствительности и др.), сочетающиеся со ... астено-невротическими проявлениями и вегето-сосудистой неустойчивостью. К этому же ... относятся старые вдавленные переломы черепа без признаков органического поражения ...шения функций. Граждане при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на ... службу и военнослужащие, проходящие военную службу по призыву, освидетельствуются по ... «в» только при отсутствии положительной динамики болезненных расстройств от проводимого ... а также при затяжных или повторных декомпенсациях. При улучшении состояния, компенсации ...нных проявлений, восстановлении способности исполнять обязанности военной службы ...тельствование проводится по пункту «г». По I–II графам — «В» — ограниченно годен к военной ...

...III графе — «Б» — годен к военной службе с незначительными ограничениями.

...пункту «г» относятся последствия травм головного и спинного мозга, при которых имеются ...ьные рассеянные органические знаки, вегето-сосудистая неустойчивость и незначительные ... астенизации без нарушения двигательных, чувствительных, координаторных и других ...й нервной системы.

...ам, освидетельствуемым по I графе расписания болезней, при наличии черепно-мозговой травмы ...езе за последние 3 года (подтвержденной медицинскими документами), заключение выносится по ... «г». По I–III графам — «Б» — годен к военной службе с незначительными ограничениями.

...наличии выраженных эмоционально-волевых или интеллектуально-мнестических расстройств, ...щих вследствие травмы головного мозга, освидетельствование проводится по статье 14 ...сания болезней.

...наличии последствий поражений центральной нервной системы внешними факторами ...ния, низкие и высокие температуры, свет, повышенное или пониженное давление воздуха или ...другие внешние причины) освидетельствование проводится по пункту «а», «б», «в» или «г» ...щей статьи в зависимости от степени нарушения функций.

...тья 28. Временные функциональные расстройства центральной или периферической нервной системы

...енование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе			
	I графа	II графа	III графа	IV графа
1	2	3	4	5
...тояния после, обострения хронического ...левания, травмы, а также их хирургического ...ния	Г	Г	Г	Г

...сматривает состояния после острых инфекционных, паразитарных и других заболеваний, ...ксикационных поражений и травм нервной системы, а также острых сосудистых заболеваний ...ного или спинного мозга.

... освидетельствовании военнослужащих, перенесших сотрясение или ушиб головного мозга, ...ится заключение о нуждаемости в освобождении или отпуске по болезни. После отпуска по болезни ...ослужащие, проходящие службу в плавсоставе, ВДВ, морской пехоте, в спецсооружениях, подлежат ...рному освидетельствованию.

...ане после острой закрытой травмы мозга при первоначальной постановке на воинский учет, ...е на военную службу, поступлении на военную службу по контракту признаются временно ...ными к военной службе на 6 или 12 месяцев в зависимости от тяжести травмы и выраженности ...ения функций. По I–III графам — «Г» — временно негоден к военной службе.

При судебно-психиатрической экспертизе в остром периоде ЧМТ важны адекватная ... синдромов изменения сознания и психотических явлений. Глубокое изменение ...ния с отсутствием психической деятельности вообще исключает возможность совер... общественно опасных действий, даже пассивных, в частности лицом, получившим ...му во время вождения автотранспорта (при выключении сознания утрачиваются ...ожность управления транспортом и контроль за дорожно-транспортной ситуацией). ...их случаях пострадавший должен признаваться невменяемым. Необходимость судеб... психиатрической экспертизы чаще возникает при совершении общественно опасных

действий больными, находившимися в состоянии измененного сознания, или лицами с п быми дефектами психической деятельности в отдаленном периоде ЧМТ (Насруллаев Ф. 1994). Вопрос в этих случаях решается индивидуально с учетом периода посттравмати ского состояния и психопатологического синдрома в соответствии с общими принцип судебно-психиатрической экспертизы.

В случаях ЧМТ нередко требуется проведение общей судебно-медицинской экс тизы с целью определения тяжести телесных повреждений, процента утраты общ трудоспособности и т.п. Такая экспертиза осуществляется путем освидетельствов самого пострадавшего и лишь в исключительных случаях — по медицинским докум там. При этом всегда придается большое значение показателям функционального стояния ЦНС и психическому статусу больного.

6.6. Прогноз

Рост числа больных с тяжелой ЧМТ, переживающих длительную кому и нере становящихся глубокими инвалидами из-за неполного психического и социальн восстановления, обусловливает необходимость разработки критериев прогноза. В о ром периоде — в первые дни и недели после ЧМТ — должна иметься возможность п гнозирования не только выживания, но и его качества, то есть полноты восстановле психической деятельности, личностных и эмоциональных особенностей пострадав го. Психиатрический прогноз должен включать и предвидение структуры и выраж ности возможного в будущем дефекта психики, рекомендации адекватных воздейс вий на больного еще в остром периоде для предотвращения предполагаемого дефек В психиатрическом прогнозе имеют большое значение основные характеристики ЧМ индивидуальные особенности больного и фактор лечения.

6.6.1. Фактор травмы и ситуация ее получения

Учет этих факторов имеет особое значение в условиях массового поражения нас ния при экологических и антропогенных катастрофах. Так, при землетрясении ч всего отмечается удар, сдавление тела и головы человека падающими фрагмент строений, гипоксия; при взрывах — первичные повреждения от непосредственн воздействия ударной волны (нередко возникает закрытая ЧМТ в виде сотрясе и ушибов головного мозга, сочетающаяся с повреждениями спинного мозга, орган слуха (с разрывом барабанной перепонки), брюшной, грудной полости, кровоиз ния в лобную и параназальную пазухи), вторичные повреждения в результате возд ствия на человека осколков, летящих от разрушенных строений (возможны проника щая ЧМТ, ранения тела, глаз, ушибы мягких частей тела) и третичные поврежде тела и головы от удара предметами, отбрасываемыми ударной волной.

Прогностическое значение, естественно, имеет и длительность действия повре дающих факторов: затянутое — при землетрясениях (из-за невозможности быстр извлечения пострадавших из-под развалин) и сравнительно короткое — при взрыв

Имеют значение масштабы и массовость поражения населения. При взрывах наи лее тяжелые повреждения получают люди, находившиеся на открытой местности, и нее опасные — лежавшие на земле. Травматическое поражение мозга пострадав при взрыве характеризуется преобладанием относительно легкой травмы (сотрясе и ушибы мозга) и ее сочетанием с рвано-ушибленными ранами мягких частей т а также кратковременностью потери сознания с последующим развитием страхов, а нических явлений, сумеречных состояний сознания, психомоторного возбуждения, прессии и др.; положительным влиянием на состояние больных своевременно по ченной информации о случившемся и о происходящем в данный момент.

Полное восстановление психической деятельности возможно даже после тяжелой ЧМТ, но после среднетяжелой и легкой травмы оно более вероятно. Приведем усредненные сроки восстановления психической деятельности больных в возрасте от 20 до … лет: 20–25 суток — при сотрясении мозга с утратой сознания на 1–10 минут; 30–35 су… — при среднетяжелом ушибе мозга с утратой сознания на период от нескольких …т до 2 часов; 30–300 суток — при тяжелой ЧМТ с утратой сознания на сроки от 3 ча…в до 15 суток. Переломы костей черепа, субарахноидальное кровоизлияние удлиняют …риод комы. При тяжелой ЧМТ с внутричерепными кровоизлияниями для прогноза …еют значение сроки удаления гематомы.

Психиатрический прогноз лучше при очаговом, хуже при диффузном повреждении …зга. После тяжелой ЧМТ с очаговым повреждением мозга к прежнему труду возвра…ется 21% больных. Наибольшую группу инвалидов, требующих постоянного ухода, …еди переживших длительную кому составляют больные с диффузным аксональным …ражением и тяжелой травмой с внутричерепными кровоизлияниями.

Грубые и трудновосстановимые психические нарушения наступают при поражении …ных долей полушарий мозга. Причем они наиболее выражены при поражении пра…й лобной доли (Levin H.S. et al., 1987). Особенно неблагоприятными признаками яв…тся благодушно-эйфорическое настроение с резким снижением критики, стереоти…ями, а при поражении левой лобной доли — аспонтанность с отсутствием побужде…и к какой-либо деятельности.

При сравнении сроков и качества восстановления психической деятельности при …х уровнях преимущественного поражения — корково-подкорковом, подкорковом …подкорково-диэнцефально-стволовом — выявляется учащение случаев хронического… вегетативного статуса и снижение возможности достижения психической и социаль…й адаптации от первого к третьему из перечисленных уровней (Зайцев О.С., 1993).

Полное восстановление психической деятельности достижимо после первичной …мы, особенно после травмы легкой и средней степени тяжести. Повторная травма …является обычно более грубыми нарушениями психики, неполной достижимостью …морбидных эмоционально-личностных особенностей больного.

Психическое восстановление зависит от глубины и длительности начального угне…и сознания. Приводим усредненные данные для больных в возрасте от 20 до 40 лет: …здоровление с восстановлением прежних эмоциональных и личностных особенно…ей отмечено у 35% больных без нарушений сознания; хорошее восстановление с асте…ескими явлениями — у 88% больных с угнетением сознания до умеренного оглуше…, у 55% — до глубокого оглушения, у 49% — до сопора. Хорошее восстановление …ет быть и у перенесших кратковременную кому I (46%) и кому II (16%). Такое вос…новление недостижимо для больного, в первые минуты — часы после ЧМТ обнару…авшего кому III.

Некоторые исследователи утверждают, что длительность комы не может служить …гностическим фактором (Neunzig H.R., Kunze K., 1987). Но с этим трудно согласить… Уровень восстановления психической деятельности тем ниже, чем длительнее была …а. Имеет значение и динамика коматозного состояния. Еще в конце 40-х годов …С. Шмарьян писал, что «...по динамике бессознательного состояния можно в из…ной мере ставить прогноз... тяжелая кома с бульбарной симптоматикой, то есть …вично-стволовый тип расстройств сознания, всегда дает плохой прогноз. Другой …гноз дают бессознательные состояния при первично-корковых поражениях... кома …пор сменяются оглушением с резкой заторможенностью, апатией, адинамией с глу…ой дезориентировкой, расстройствами мышления и памяти». Это было полностью …ерждено в дальнейшем. Имеются наблюдения, что любые изменения состояния …ного, даже находящегося в коме, в сторону проявлений активности являются про-

гностически благоприятными и, соответственно, долгое пребывание больных в од и том же состоянии прогностически неблагоприятно.

Прогностически неблагоприятны любые последствия и осложнения травмы. Ин возникновение того или иного осложнения возвращает больного на ранее пройде стадию. Одним из последствий, резко ухудшающих прогноз, является посттравма ская гидроцефалия. При окклюзионной ее форме своевременное проведение опер по установлению шунтирующих систем способствует быстрому прояснению сознан

6.6.2. Индивидуальные особенности больного

Среди них наиболее важны возраст, преморбидное психическое и соматическое ровье и состояние больного в момент получения травмы. Прогностическая значим большинства перечисленных признаков прямо или косвенно определяется функц нальной асимметрией полушарий мозга. Поэтому предсказание в остром периоде мы полноты и качества восстановления психической деятельности пострадавшего зывается по существу прогнозированием того, достижимо ли в отдаленном пери ЧМТ возвращение прежней степени выраженности и типа асимметрии мозга.

Варианты функциональной асимметрии мозга левшей определяют их отличия правшей. Отмечается большая частота ЧМТ у левшей по сравнению с правшами. Лев водители в 2 раза чаще, чем правши, оказываются участниками дорожно-транспорт происшествий (Halpern D.F., Coren S., 1988). Но вместе с тем у левшей наблюдается благоприятное течение травмы (Народов А.А., 1990), более быстрое прохождение ст восстановления психической деятельности после длительной комы, более тонкая ди ренцировка психопатологической симптоматики (например, возникновение явлений д лизации и деперсонализации после длительной комы) и более высокое качество восст ления психической деятельности и социального статуса (Доброхотова Т.А. и соавт., 199

Возраст больного, получившего травму, считается одним из самых важных про стических критериев. Возможность полного выздоровления с восстановлением п ческой деятельности более вероятна в возрасте 20–30 лет и менее вероятна — до 10 и сле 40 лет (Frowein R.A., 1979; Braakman R. et al., 1988). Среди переживших длител кому не было больных в возрасте до 2 и старше 52 лет; психическое восстановл было наилучшим у больных в возрасте от 15 до 24 лет; наибольший удельный вес оставшихся в вегетативном статусе составляли больные от 2 до 14 лет (Зайцев О.С., 1

Преморбидные особенности личности больного также в той или иной степени допределяют качество и полноту восстановления психической деятельности. Б приятны полное преморбидное психическое и соматическое здоровье и такие ч как разумно внимательное отношение к своему здоровью и владение приемами его гулирования. После получения травмы такие больные более строго соблюдают лечения и точно выполняют все рекомендации врачей. Напротив, восстановление хической деятельности достигается труднее у лиц, злоупотреблявших алкоголем и бенно у страдающих хроническим алкоголизмом. При алкогольном опьянении у сознания после травмы наступает даже при легком повреждении и может быть за той. В этих случаях формируются амнезии.

Что касается влияния психотических (галлюцинаторно-бредовых, депрес и др.) состояний, то здесь следует иметь в виду, что больные могут получать спасаясь от мнимых преследователей, либо при суицидальных попытках (могут пример, выброситься в окно с высокого этажа). Психопатологические проявл ЧМТ, полученной на фоне психического расстройства иного генеза, могут быть выраженными.

Прогноз восстановления психической деятельности в значительной степени сит и от осуществления лечебных и реабилитационных мер, изложенных в гл. 13.

лава 7

Психопатология огнестрельных черепно-мозговых ранений

йцев О.С.

Представления о психопатологии огнестрельных черепно-мозговых ранений (ОЧМР) ией стране сложились на основании данных анализа психических нарушений вследст- подобных ранений, полученных в годы Великой Отечественной войны (Гуревич М.О., Чехович Л.Я., 1943; Шмарьян А.С., 1944; Рузер Е.И., 1944; Юдин Т.И., 1945; Голо- Р.Г., 1946; Герцберг М.О., 1949, 1951; Лобова Л.П., 1949). После ее завершения публико- отдельные статьи, посвященные психопатологии различных последствий ОЧМР, стности абсцессов головного мозга (Блинков С.М., 1945, Лебединский М.С., 1948), но, ственно, со временем публикации урежались и в 70–80-х годах поиски работ по этому су в доступной русскоязычной литературе не увенчались успехом. Единичные пуб- ии стали появляться с середины 90-х годов (Зайцев О.С., Ураков С.В., 1995).

В работах, отражающих военный опыт, отмечалось влияние внутриполушарной лизации повреждения на клиническую картину, однако практически не уделялось ания стороне поражения мозга. Есть лишь единичные исследования (Лебедин- М.С., 1948), в которых подчеркивалось, что правополушарное поражение (по сравне- с левополушарным) сопровождается более грубыми психическими нарушения- анозогнозией, мнестическими расстройствами с псевдореминисценциями.

Современная проблема ОЧМР, их психопатологии, имеет свои особенности, отли- щие их от аналогичных травм, имевших место в годы Великой Отечественной войны. особенности обусловлены: 1) получением травмы вне боевой обстановки — дома, на е, в общественных местах; 2) разнообразием современного огнестрельного оружия; совершенствованием диагностических возможностей (прижизненная верификация енностей поражения мозга) и оказания медицинской помощи. Поэтому целесообраз- пересмотреть многие частные вопросы этой проблемы.

В современной европейской литературе подчеркивается, что высокий процент (до) ОЧМР среди мирного населения происходит в результате суицидов (Berg-Johnsen, en J.G., 1997). Специальные исследования психических нарушений, их целостные ки редки; чаще описываются отдельные нарушения, например, памяти и вербально- бучения (Millis S.R., Ricker J.H., 1995) без указания на контекст, в котором они прояв- ся. Широко обсуждается проблема эпилептических припадков после ОЧМР, струк- частота, сроки и факторы риска их появления (Meirowsky A.M., 1982; Weiss G.H. et 1983, 1986; Salazar A.M. et al., 1985, 1995; Hughes J.R., 1986; Askenasy J.J.M., 1989; ker A.E., 1989). Частота возникновения эпилептического синдрома в течение 1 года е ОЧМР составляет 32%; в течение 15 лет — 53% (Salazar A.M. et al., 1985). В связи им обсуждаются в основном характеристики ОЧМР и их последствия, а также описы- ся хирургическое и профилактическое противосудорожное лечение. Преморбидные енности больных изучаются редко. Исследователи зачастую ограничиваются статацией отсутствия связи с преморбидным интеллектом, отягощенностью се- ого анамнеза (Salazar A.M. et al., 1985). Нет данных о влиянии на структуру и час- у эпилептического синдрома после ОЧМР функциональной асимметрии мозга,

хотя при исследовании больных с эпилепсией и эпилептическим синдромом различно генеза обнаружен высокий процент левшей (Тетеркина Т.И. и соавт., 1993).

В институте нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко в настоящее время пересматри ются разработанные ранее принципы классификации ОЧМР; с этой целью сопоставля ются результаты собственных наблюдений и данные мировой литературы (Шагинян Г.Г Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., 1998), однако психопатологические параметры пока учи тываются недостаточно.

В 2000 году опубликованы результаты специальных исследований эпилептическо синдрома (Зайцев О.С., Потапов А.А. и соавт., 2000) и влияния стороны поврежде мозга при ОЧМР на психопатологическую симптоматику (Зайцев О.С., Шагинян Г.Г и соавт., 2000).

7.1. Особенности психопатологических синдромов при огнестрельных черепно-мозговых ранениях

Проанализирована психопатологическая картина ОЧМР у 67 больных, поступи ших в Институт нейрохирургии в период с 1980 по 1998 год и выживших в сроки не нее двух месяцев после ранения. Из них — 61 мужчина и 6 женщин в возрасте от 6 67 лет; средний возраст 30±3,1. По роду занятий среди пострадавших преобладали сл жащие в армии, милиции, охране (17 больных); меньше было занимающихся комм ческой деятельностью (12) и представителей криминального мира (9); остальные ра тали на производстве или в сфере обслуживания (14); учились (10) или не имели опр деленных занятий (5).

Признаки левшества были явными и преобладали над характерными для правш у 6 раненых, обнаруживались в меньшей степени у 13, остальные 48 были правшам

Среди обстоятельств травмы на первом месте оказались вооруженные нападе совершенные в мирной обстановке (29 больных), более редкими были ранения в вооруженных конфликтов (20), несчастные случаи (14), суициды (4).

В остром (до 3 недель) периоде ОЧМР поступило 36 больных, среди них преоблад больные в тяжелом состоянии, глубоком или умеренном оглушении. В промежуточ и отдаленном периодах поступило 43 больных (12 из них лечились в институте и в ром периоде); преобладали больные в удовлетворительном состоянии, ясном сознани

По виду ранящего снаряда преобладали пулевые ранения — 45 наблюдений; ос лочных и минно-взрывных ранений было 18; других (дробовых, газовых, специа ных) — 4. По виду раневого канала у большинства (47 больных) отмечены слепые р ния; у 14 — сквозные; у остальных 6 — касательные или рикошетирующие.

По локализации повреждения изолированное поражение правого полушария б у 27 больных; левого — у 19; и левого и правого — у 11; повреждение срединных стр мозга на фоне поражения полушарий — у 10. Анализ внутриполушарной локали повреждений показал, что изолированное повреждение только одной какой-либо д мозга было лишь у 20 больных, у остальных отмечалось повреждение нескольких до Чаще всего (по 10 наблюдений) имели место поражения лобных (10 наблюдений) и л но-теменных (10 наблюдений) областей.

Инородные тела в полости черепа обнаружены у 52 больных (костные — у 24, м лические — у 9, и те и другие — у 19). Внутричерепные гематомы выявлены у 13 боль Гнойно-воспалительные осложнения развились у 32 больных.

Из последствий ОЧМР отмечены: костные дефекты у 52 больных, рубцово-атрофи-…ский процесс — у 33, оболочечно-мозговой рубец — у 27, ликворная фистула — у 8, …дроцефалия — у 5, пневмоцефалия — у 3.

Неврологические нарушения (двигательные, чувствительные, асимметрия рефлек-…) имели место у 13 больных с поражением левой гемисферы, у 24 — правой и у 5 — …й и правой; отсутствовали — у 25 больных. Катамнез (от 1 до 5 лет) прослежен …59 больных.

Во всех наблюдениях обнаружены разнообразные психические нарушения. Они ус-…но объединены в 6 групп синдромов (табл. 7.1).

Т…лица 7.1. Психопатологические синдромы в клинической картине ОЧМР*

…ндромы	Число наблюдений (%)
I. Нарушение сознания	**62 (93%)**
…етение сознания	62 (93%)
…утанность сознания	24 (36%)
…рачение сознания	6 (9 %)
II. Переходные от нарушенного к ясному сознанию	**24 (36%)**
…аковский синдром	18 (27%)
…осторонняя пространственная агнозия	16 (24%)
…I. Интеллектуально-мнестические снижение	**53 (79%)**
… гипомнезией	44 (66%)
с афазиями	27 (40%)
… нарушением восприятия времени	12 (18%)
… аспонтанностью	38 (57%)
… брадифренией	34 (51%)
… анозогнозией	32 (48%)
…троградная амнезия	39 (58%)
…. Эмоционально-личностные нарушения	**38 (57%)**
… эйфорией	27 (40%)
… дисфорией	32 (48%)
… негативизмом	27 (40%)
…. Неврозоподобный (астенодепрессивный)	**28 (42%)**
… гиперестезией	23 (34%)
… тоской	20 (30%)
… тревогой	10 (15%)
…I. Эпилептический	**18 из 56** (32%)**

* …одного и того же больного могло быть чередование и сочетание многих из перечисленных …тройств.

** Доля больных с эпилептическим синдромом рассчитывалась по отношению к 56 больным …тельностью катамнеза не менее 1 года после ранения.

… Синдромы нарушений сознания

Синдромы нарушений сознания были наиболее частыми у больных с ОЧМР. Дли-…ность комы и периода нарушенного сознания различны (табл. 7.2)

О времени (после ОЧМР) начала угнетения сознания судили по данным медицин-ской документации, по сообщениям пострадавших и (или) очевидцев ситуации полу-чения ОЧМР. Светлый промежуток установлен у 27 больных. В 6 наблюдениях утрата сознания наступала при транспортировке; в 5 — после первичной хирургической обра-ботки. В ряде наблюдений можно было проследить нарастание угнетения сознания от умеренного оглушения до комы.

Таблица 7.2. Распределение больных по длительности комы и других нарушений сознания

Длительность	Число раненых с соответствующей длительностью (%)	
	нарушения сознания	комы
Не было	5 (7%)	10 (15%)
1 сут.	17 (25%)	25 (37%)
1–6 сут.	13 (19%)	23 (34%)
7–13 сут.	8 (12%)	3 (4%)
14–21 сут.	9 (14%)	1 (2%)
22–60 сут.	4 (6%)	1 (2%)
Свыше 2 мес.	2 (3%)	0 (0%)
Неизвестно	9 (14%)	4 (6%)

Выделено 6 вариантов посткоматозной динамики состояния сознания:

1. Выход из комы у 2 больных выражался лишь в открывании глаз, относительн нормализации чередования сна и бодрствования; у одного из больных в течен двух лет после травмы восстановление так и не дошло до возможности словесно контакта, а другой умер от менингита через полгода после травмы. Такое отсутств восстановления сознания позволило квалифицировать оба наблюдения как хрон ческий вегетативный статус.
2. Критическое, быстрое (длительностью менее недели) восстановление сознания; о мечалось у 25 больных.
3. Постепенное (длительностью более недели) прояснение сознания в последовател ности: кома — сопор — глубокое оглушение — умеренное оглушение — ясн сознание; отмечалось у 6 больных.
4. Смена угнетения сознания качественными его расстройствами — спутанност сознания с выходом в ясное сознание; отмечалось у 16 больных. Эту смену мо было установить по появлению продуктивной симптоматики — возбуждения (дв гательного, речедвигательного, психомоторного), галлюцинаторно-бредов включений, конфабуляций и ложных узнаваний.
5. Обратная предыдущей последовательность — состояние спутанности созн сменилось нарастающим его угнетением на фоне тяжелых инфекционных осло ний — у 2 больных, погибших через 2,5 и 3,5 месяца после травмы.
6. Смена спутанности сознания его помрачением — у 6 больных продуктив расстройства стали преобладающими. Различение форм помрачения созна (делирий, онейроид, сумеречное расстройство сознания) затруднялось ма дифференцированностью, неочерченностью продуктивных нарушений.

Остановимся подробнее на наблюдениях с помрачением сознания.

В первом из них больной, судя по его высказываниям и поведению, вел себя будто он находится не в лечебном учреждении, а в боевой обстановке — разговар с товарищами, звал их, предупреждал об опасности. Другой, получивший тра

...результате столкновения с милицией, считал, что вокруг него милиционеры, которые ...тают его, фиксируют и записывают его высказывания; кричал, что он ничего не ска...; писк монитора принимал за звук взрывного устройства, с ужасом вскрикивал, что ...сейчас бабахнет». Двое больных, получившие ОЧМР в результате криминального ...падения, сообщали о своем страхе, что их убьют, видели в окружающих своих пре...следователей или наемных убийц. Два других заявляли, что принимают «сигналы из ...космоса»; один из них осенял врача крестным знамением, заявляя, что «изгоняет дьявола».

...II. Синдромы, переходные между нарушенным и ясным сознанием

Представлены двумя синдромами — корсаковским и односторонней пространст...венной агнозией.

Корсаковский синдром (КС) очерчивался на фоне еще не ясного, но восстанавли...вающегося сознания. Типичный, близкий к классическому вариант КС установлен ...11 больных. У 7 других КС отличался особенностями, заставившими определить его ...как атипичный.

При первом варианте достаточно равномерно были выражены все компоненты син...дрома: 1) фиксационная амнезия; 2) ретро-, кон- и антероградная амнезии; 3) дезориен...тировка в личной и окружающей ситуации, месте, времени; 4) нарушение восприятия ...пространства и времени; 5) конфабуляции; 6) эмоционально-личностные изменения — ...эйфория с анозогнозией.

Атипичный вариант характеризовался: 1) слабой выраженностью отдельных ком...понентов: отсутствовали спонтанные конфабуляции, выявляясь только при активном ...тельном расспросе, на фоне утомления; могло не быть полной некритичности, име...лись элементы осознавания дефектов, при отсутствии эйфории отмечался оттенок бла...годушия, на первом плане могли быть апатия или даже страдальческие переживания; ... наличием нехарактерных для типичного варианта признаков — аспонтанности, за...медленности всех психических процессов (3 наблюдения), невыраженных речевых рас...стройств (2 наблюдения), персекуторных бредовых идей (2 наблюдения).

По течению КС условно выделены: 1) транзиторный вариант, при котором синдром ...проходил менее чем за 1 месяц, — 13 больных; 2) затяжной, проявляющийся в сроки от ...до 6 месяцев, — 2 больных; 3) хронический, длящийся более 6 месяцев, — 3 больных.

Односторонняя пространственная агнозия (ОПА) отмечена в 16 наблюдениях, ...10 из них она сочеталась с КС. Левосторонняя форма была у 15, а правосторонняя — ...1 больного.

У 9 из 16 больных с ОПА отмечены гемипарез, гемигипестезия, гемианопсия, геми...акузия; у остальных 7 были представлены не все, а только 1–2 симптома из перечислен...ных: у 3 — гемипарез и гемигипестезия, у 3 — гемианопсия, у 1 — гемиакузия.

Развернутая форма ОПА установлена у 4 больных. В ней были представлены одно...сторонние: 1) нарушение всех видов восприятия, с невниманием, неузнаванием объек...тов, расположенных в игнорируемом пространстве; 2) неосознавание дефектов, отсут...ствие критики к нарушениям, проявляющимся в игнорируемой половине внешнего ...и телесного пространства; 3) дефекты деятельности и поведения, при которых боль...ные действовали, вели себя так, как будто существует только одна — неигнорируемая ...половина пространства.

Редуцированная ОПА квалифицирована у 12 больных (среди них пациент с правосто...ронней ОПА). При этой форме практически не проявлялись односторонние дефекты дея...тельности и поведения, а односторонние дефекты восприятия были представлены лишь ...в отношении какой-либо одной модальности: игнорирование лишь частей своего тела, ко...нечностей — у 8 больных; внешних стимулов — у 4; зрительных — у 3 и слуховых — у 1.

Феномен отчуждения конечности (левой ноги) отмечен лишь у одного больного, который говорил, что «одолжил ее сестре... она ходит на ней».

Аллестезия выявлена у 2 больных. Выражалась в смещении воспринятых стимулов из левой половины телесного пространства в правую. При просьбе подвигать левой рукой, они двигали правой. Больной с правосторонней ОПА уверял, что у него «болит печень», и показывал на левую половину живота, хотя знал, что печень находится справа.

III. Интеллектуально-мнестическое снижение

Снижение памяти и интеллекта становилось очевидным по мере восстановления сознания у 53 больных. Можно было условно различить нарушения: 1) абстрактного познания (вербальной памяти, речи, мышления); 2) чувственного познания (образной памяти, восприятия пространства и времени).

При первых особо страдала вербальная (слухоречевая) память, было замедленным осмысление текущей ситуации. Больные забывали названия предметов, но были способны описать их форму, цвет, назначение и т.д. Как правило, выявлялось осознание собственной беспомощности. Проявлялась даже эмоциональная реакция на эти нарушения. Больные могли применять приемы компенсации — записи в дневниках о необходимых действиях и т.д.

При вторых грубее были выражены эмоционально-личностные изменения. Преобладали благодушие вплоть до эйфории, снижение критики — до анозогнозии. Больные быстро забывали только что увиденное, услышанное, а также ощущения — осязательные, вкусовые, обонятельные и т.д. Отсутствовала активная установка на восстановление сниженных психических процессов.

Отнесение имеющихся у одного больного нарушений к одному из описанных вариантов было затруднительным, так как часто присутствовали признаки обоих вариантов, поэтому анализировалась частота отдельных компонентов интеллектуально-мнестического снижения.

Наличие нарушений памяти, не достигающих степени КС, установлено у 44 больных; элементы моторной, сенсорной, акустико-мнестической афазий — у 27; нарушение чувства времени, установленное при помощи оригинальной методики оценки и воспроизведения временных интервалов, — у 12; аспонтанность с выраженным снижением инициативы, произвольного начала поведения — у 38; заметное замедление психической деятельности — речи, мышления, движений — у 34; резкое снижение критики — у 32.

Была нарушена память не только на текущие события, только что сообщенную информацию, но и на события, предшествовавшие или следующие за ОЧМР: ретроградная и антероградная амнезии. Их протяженность была различной (табл. 7.3). Они часто оставались устойчивыми и после более или менее полного восстановления психической деятельности и социального статуса.

Таблица 7.3. Распределение больных по протяженности промежутков, охваченных ретроградной, конградной и антероградной амнезиями

Промежуток времени	Число раненых с соответствующей длительностью амнезий (%)	
	конградной и антероградной	ретроградной
Не было	5 (7%)	28 (42%)
До 1 сут.	9 (13%)	17 (25%)
1–6 сут.	6 (9%)	0 (0%)
7–13 сут.	10 (15%)	0 (0%)
14–21 сут.	9 (14%)	0 (0%)
22–60 сут.	6 (9%)	1 (2%)
Свыше 2 мес.	7 (11%)	8 (12%)
Неизвестно	15 (23%)	13 (19%)

Из-за трудностей ретроспективного разграничения в таблице объединены такие виды амнезии как: 1) конградная — выпадение воспоминаний о событиях, происходивших в тот отрезок времени, когда больной находился в состоянии неясного — угнетенного, выключенного сознания, и 2) антероградная — отсутствие (исчезновение) воспоминаний о событиях, происходивших после прояснения сознания. Эти виды амнезии оставались постоянными, не сокращаясь в дальнейшем.

Протяженность ретроградной амнезии — отсутствия воспоминаний о событиях, происходивших вокруг больного и с ним самим до ОЧМР, — приведена на момент последнего осмотра. Отрезок прошлого времени, охваченный ретроградной амнезией, уже резко сокращен по сравнению со временем первых ее проявлений в отдельных наблюдениях значительно — от 10 лет до нескольких часов, непосредственно предшествовавших ОЧМР. Такая уже определившаяся в своих границах амнезия, как правило, оставалась в дальнейшем постоянной.

IV. Эмоционально-личностные нарушения

Данные нарушения выходили на первый план по мере редукции изложенных выше расстройств у 38 больных. Выражались чаще всего в обеднении, сужении, снижении преморбидных эмоционально-личностных особенностей. Эйфоричность (часто с расторможенностью, склонностью к плоским шуткам, снижением чувства дистанции) выявлена у 27 больных; дисфории — аффекты злобы, агрессивности (обычно кратковременные: от одного до нескольких дней) — у 32, элементы негативизма по отношению к близким — у 27. Вышеперечисленные компоненты часто сочетались в клинической картине у одного и того же больного, поочередно выходя на первый план.

V. Неврозоподобные (астено-депрессивные) расстройства

Эти расстройства более дифференцированны, чем описанные выше эмоциональные нарушения. Они практически всегда сочетались с астеническими симптомами, иногда выходящими на первый план. Обнаружены в отдаленном периоде ОЧМР у 28 больных с относительно удовлетворительным восстановлением психической деятельности. В их структуре отмечены: тоска — у 20 больных, тревога — у 10, гиперестезия — у 23. Сочетание тоски и тревоги было редким — всего в двух наблюдениях.

VI. Эпилептический синдром

Данные об особенностях эпилептического синдрома после современных ОЧМР и факторах риска его возникновения путем сопоставления групп больных с наличием эпилептического синдрома и без него опубликованы в 2000 году (Зайцев О.С., Потапов А.А. и соавт., 2000).

Из 67 больных первоначальной выборки исключены больные: 1) умершие в течение первого года после ОЧМР (3 наблюдения) и 2) не явившиеся для контрольного осмотра в поликлинику института через год после травмы (8 больных).

В сформированной таким образом группе оказалось 56 больных с длительностью катамнеза не менее года. Эпилептический синдром развился у 18 (32,1%) из них. Установленный процент больных с эпилептическим синдромом близок к данным других проспективных исследований. Например, по данным Salazar A.M. et al. (1985), в группе ветеранов войны во Вьетнаме в течение 1 года после травмы эпилептический синдром проявился у 31,6%, а к 15 годам его частота возросла до 53%. Не исключено возрастание этого процента и у изученного нами контингента больных.

Сроки появления припадков после ОЧМР: от 1 до 6 месяцев — у 9 (50%) больных; от 7 до 12 месяцев — у 7 (39%); через 15 месяцев — у 2 (11%).

У 50% из изученных больных с эпилептическим синдромом он появился в течение первых 6 месяцев после ранения. Это несколько меньше, чем среди ветеранов Великой Отечественной войны — из 39 больных с эпилептическим синдромом, появившимся к 1-му году после ОЧМР, в 29 наблюдениях он обнаружился в течение первого месяца, что составляет 74% (Надеждина М.В., 1990), и американских ветеранов войны во Вьетнаме — из 133 пациентов с эпилептическим синдромом, развившимся к 1-му году после ОЧМР, у 101 (76%) он развился в течение первых 6 месяцев.

Частота пароксизмов варьировала от 1 до 36 в год: реже одного раза в месяц — у 11 больных, чаще — у 7. У 7 больных отмечен один вид приступов, у 11 — два или три вида.

Наиболее часто выявлялись генерализованные судорожные припадки с утратой сознания — у 13 больных; у 5 из них эти приступы имели фокальное начало — одностороннее подергивание мышц конечностей, лица, поворот головы и взгляда в сторону. Более редкими были: фокальные судорожные приступы без утраты сознания — у 11 больных, висцеровегетативные — у 4, психомоторные — у 3.

Психопатологические компоненты припадков были представлены: амнезией на период приступа у 14 больных (полной — у 10, частичной — у 4); преходящими речевыми нарушениями — у 2; тревогой, страхом смерти — у 2; головокружением и слабостью — у 2; насильственными мыслями (характеризующимися больным как «чуждые непонятные завихрения») — у 1; чувством отчуждения левой руки — у 1 (левши).

Анализ зависимости структуры припадков от различных факторов показал наибольшее значение профиля функциональной асимметрии мозга. Это выражалось в большем разнообразии приступов у больных с преобладающим или частичным левшеством. Несоответствие психопатологического компонента приступа стороне повреждения мозга отмечено у 7 больных (6 из них имели признаки левшества): при правополушарном поражении отмечались: афатические нарушения (у 2 больных), полная амнезия на приступ (у 5 больных).

Сопоставление групп больных с эпилептическим синдромом (18 наблюдений) и без него (38)

Проводилось по 43 параметрам, касающимся различных характеристик ОЧМР (вид и локализация, осложнения и последствия, обстоятельства получения, глубина и длительность первичной утраты сознания, КТ-данные), индивидуальных особенностей больных (возраст, левшество, род занятий), фактора лечения (хирургические операции в ост

в отдаленном периоде, своевременность и адекватность оказанной помощи), показателей исхода (клинические — неврологические, психопатологические и социальные).

Значимые различия между группами обнаружены по 9 из 43 изученных параметров.

Локализация повреждения мозга. Выявлено, что у больных с эпилептическим синдромом по сравнению с остальными больными чаще было поражение лобно-теменной области, чаще отмечалось конвекситальное поражение с обширными дефектами свода черепа, подлежащими пластическому закрытию. Такие дефекты отмечены у 14 из 18 (78%) больных с эпилептическим синдромом. Это немногим выше данных других авторов Rish B.L. et al. (1979) о 70% (188 из 344) больных с судорожными припадками после различных проникающих ранений черепа, нуждающихся в краниопластике. Среди больных без эпилептического синдрома этот показатель был существенно ниже: 45% (17 из 38) у изученных больных и 41,5% (285 из 686) по данным литературы. Редким (всего у 2 из 18 больных) было поражение базальных отделов мозга с переломами основания черепа.

Установление факта, что поражение лобно-теменной области чаще приводит к появлению эпилептического синдрома, чем поражение других областей мозга, а также значимое преобладание конвекситальных поражений над базальными у больных с указанным синдромом соответствуют представлениям о том, что для развития последнего необходимо вовлечение моторных зон коры головного мозга (Рохлин Л.Л.,1948; Askenasy J.J.M., 1989).

При повреждении одной доли мозга эпилептический синдром развивался у 29% больных, двух долей — у 50%, трех и четырех — у 11%.

Эти данные о том, что среди больных с поражением двух долей головного мозга процент больных с эпилептическим синдромом выше, чем с поражением одной или 3–4 долей, являются относительно новыми. Ранее (Weiss G.H. et al., 1983) сообщалось только о меньшем проценте посттравматической эпилепсии у больных с поражением одной доли (23,5%) по сравнению с более распространенными повреждениями (41%). Полученные в данной работе результаты свидетельствуют о нелинейном характере связи между риском развития эпилептического синдрома и массивностью поражения мозга.

Анализ **первичной утраты сознания** показал, что у больных с эпилептическим синдромом в остром периоде ОЧМР чаще отмечалась кома продолжительностью свыше 2 часов и другие синдромы угнетения сознания свыше 1 суток, а также делириозное помрачение сознания.

Сопоставление изученных групп по **КТ-данным** показало, что у больных с эпилептическим синдромом значительно чаще выявляется расширение боковых желудочков мозга. Инородные тела в отдаленном периоде ОЧМР у больных с эпилептическим синдромом обнаруживались чаще, но различия не были статистически достоверными.

В различиях между группами по индивидуальным особенностям больных на первом месте оказались признаки левшества, значительно чаще (50%) выявляемые у больных с эпилептическим синдромом по сравнению с теми, у которых он не развился (24%).

7.2. Зависимость структуры психопатологических синдромов от стороны повреждения мозга

При сопоставлении психопатологии с различными характеристиками ОЧМР наиболее значимыми оказались корреляции с локализацией, в том числе со стороной повреждения мозга. Этой проблеме была посвящена отдельная работа (Зайцев О.С., Багинян Г.Г. и соавт., 2000).

Как уже было сказано выше, среди изученных 67 больных с ОЧМР изолированное поражение правого полушария было у 27, левого — у 19, обеих гемисфер — у 11,

срединных структур мозга на фоне поражения полушарий — у 10. В дальнейшем анализе две последние группы были объединены.

Проанализировано 36 психопатологических признаков, регистрировавшихся у больных на протяжении всего периода наблюдения. В группах больных с 1) левополушарным, 2) правополушарным и 3) двусторонним или полушарно-срединным поражением подсчитывалась доля наблюдений с наличием или отсутствием каждого признака. Полученные данные сопоставлялись с суммарными у остальных больных (вне данной группы). В полученном распределении 2x2 подсчитывались тетрахорический коэффициент корреляции и достоверность различий по критерию x-квадрат. Значимые различия обнаружены в 16 из 36 проанализированных признаков (табл. 7.4).

Таблица 7.4. Корреляции между психопатологией и стороной повреждения мозга

Синдром или признак	Левое полушарие (19 больных)	Двустороннее срединное (21 больной)	Правое полушарие (27 больных)
«Светлый» промежуток перед угнетением сознания	–0,30**	–0,23	0,49***
Кома свыше 1 суток	–0,28*	0,08	0,19
Утрата сознания ≥2 недели	–0,11	0,35**	–0,23
Корсаковский синдром	–0,35**	0,39***	–0,02
Односторонняя пространственная агнозия	–0,29*	0,15	0,18
Афазия	0,55***	–0,10	–0,41***
Аспонтанность	0,04	0,43**	–0,45***
Брадифренические расстройства	–0,03	0,44**	–0,36**
Анозогнозия	–0,43***	0,31*	0,11
Ретроградная амнезия	–0,02	0,26*	–0,23
Конградная и антероградная амнезии ≥2 недели	–0,31*	0,44**	–0,15
Эмоционально-личностные нарушения	–0,31*	0,06	0,23
Дисфории	–0,27*	0,00	0,25*
Негативизм	–0,25*	0,04	0,19
Тревога	0,29*	–0,01	–0,26*
Тоска	–0,12	–0,12	0,26*

*— $p<0,05$; **— $p<0,01$; ***— $p<0,001$

С поражением левого полушария оказались связанными афазии и тревога; редко отмечались «светлый» промежуток перед угнетением сознания, кома свыше 1 суток, корсаковский синдром, односторонняя пространственная агнозия, длительная конградная и антероградная амнезия, эмоционально-личностные нарушения (в том числе дисфории, негативизм).

При поражении правого полушария частыми были «светлый» промежуток, дисфории и тоска; редкими — афазия, аспонтанность, брадифренические расстройства и тревога.

При двустороннем или полушарно-срединном повреждении частыми были длительные периоды утраты сознания и промежутки, охваченные ретроградной, конградной и антероградной амнезией, корсаковский синдром, аспонтанность, брадифрения, анозогнозия.

Таким образом, наиболее зависимыми от стороны поражения оказались наличие «светлого» промежутка, афазия, тревога и дисфории; несколько менее зависимыми — кома свыше 1 суток, корсаковский синдром, односторонняя пространственная агнозия, конградная и антероградная амнезия свыше 2 недель, аспонтанность, брадифрения, анозогнозия, эмоционально-личностные нарушения, негативизм, тоска.

Наиболее частой причиной, определяющей несоответствие психопатологического статуса и стороны повреждения было преобладающее или частичное левшество, обнаруженное у 19 больных. При их исключении из анализа существенно повысились корреляции стороны поражения с наличием «светлого» промежутка, корсаковского синдрома, односторонней пространственной агнозии, афазии, эмоционально-личностных нарушений, тоски, и снизились — с длительными периодами комы, утраты сознания, промежутками, охваченными ретроградной, конградной и антероградной амнезией, а также аспонтанностью, негативизмом, брадифреническими расстройствами.

Кроме того, у левшей отмечены не встречающиеся у правшей феномены — правосторонняя пространственная агнозия, аллестезия при право- и левосторонней ее форме, феномены «отчуждения конечностей». Корсаковский синдром часто был атипичным; затруднительным оказалось отнесение речевых нарушений к какой-либо определенной форме афазии. Эпилептический синдром у левшей был более частым, припадки — разнообразными.

Другой причиной расхождения между клинической картиной и стороной повреждения были внутричерепные гнойно-воспалительные осложнения, отмеченные у 32 больных. В этих наблюдениях уменьшались локальные психические нарушения, появлялись и расширялись расстройства, характерные для двустороннего поражения.

7.3. Социальные исходы огнестрельных черепно-мозговых ранений

Катамнестически изучены 59 (88%) из 67 больных. У остальных исход неизвестен из-за невозможности больных приехать на обследование в поликлинику или связаться по телефону). Распределение больных по исходам представлено в таблице 7.5.

Таблица 7.5. Распределение больных с ОЧМР по исходам к одному году после травмы

Вид исхода (по Т.А. Доброхотовой, 1990, 1993)	**Число больных**
1. Прежний объем работы по специальности без утомляемости и сужения прежнего круга общения	6 (10%)
2. Прежний объем работы по специальности с утомляемостью, некоторое ограничение общения	5 (8%)
3. Сниженный объем работы по специальности, заметное сужение круга общения	7 (12%)
4. Работа не по специальности, облегченный труд, выключение из коллективных форм труда и отдыха	20 (34%)
5. Отсутствие трудоспособности, восстановленное самообслуживание, бедность семейных и нарушение внутрисемейных контактов	8 (14%)
6. Отсутствие трудоспособности, ограничение самообслуживания, бедный формальный или элементарный контакт	9 (15%)
7. Невозможность существования без постоянного ухода, отсутствие контакта (вегетативный статус)	1 (2%)
8. Летальный исход (в сроки от 2 до 6 месяцев после травмы)	3 (5%)
Всего	59 (100%)

Обнаружено, что исходы были значимо хуже у больных с повреждением срединных структур головного мозга. Выявлена отрицательная корреляция повреждения этих структур с восстановлением трудоспособности ($r=-0,47$; $p<0,001$). Не было ни одного наблюдения с лучшим исходом при интракраниальных гнойно-воспалительных осложнениях ОЧМР ($r=-0,34$; $p<0,01$).

7.4. Заключение

Исследование психопатологии больных с ОЧМР позволяет определить следующие характерные их особенности:

1. Высокая частота (больше половины) наблюдений с коротким (до 1 недели) периодом нарушенного сознания и с комой длительностью до 1 суток.
2. Высокая вероятность (41%) «светлого» промежутка, предшествовавшего угнетению сознания.
3. Редкость (менее 10%) продуктивных форм нарушения сознания, которые, как правило, полиморфны по своей структуре.
4. Раннее проявление очаговых психопатологических признаков: речевых расстройств (у 40% больных), корсаковского синдрома (у 27%), односторонней пространственной агнозии (у 24%), а также грубых эмоционально-личностных нарушений (у 57%).
5. Преобладание в психопатологической картине подострого и отдаленного периодов умеренного интеллектуально-мнестического снижения и негрубых эмоционально-личностных изменений.
6. Высокая вероятность развития пароксизмальных нарушений в рамках эпилептического синдрома (>32% наблюдений); она выше при поражении лобно-теменной области, обширных костных дефектах свода черепа, расширении боковых желудочков мозга, начальной коме продолжительностью свыше 2 часов и других синдромов угнетения сознания свыше 1 суток.
7. Половину среди больных с эпилептическим синдромом составляют пациенты с признаками левшества, у которых отмечается больший полиморфизм припадков и более частое несоответствие структуры приступов стороне поражения.
8. Несоответствие психопатологической картины стороне повреждения мозга у больных с интракраниальными гнойно-воспалительными осложнениями, а также с признаками левшества.
9. Высокий процент удовлетворительных или относительно удовлетворительных исходов — у 64% больных к одному году после травмы отмечается восстановление трудоспособности.
10. Учащение неблагоприятных исходов при повреждении срединных структур мозга или при развитии гнойно-воспалительных интракраниальных осложнений.

Глава 8

Психические нарушения при абсцессах головного мозга

Доброхотова Т.А., Зайцев О.С.

Абсцесс (abscessus — от лат. abs — отсутствие и cedo — истекать (буквально — отсутствие истечения); синонимы: гнойник, апостема, нарыв — полость, наполненная гноем (ограниченное скопление гноя) представляет собой очаговое гнойное расплавление ткани мозга. Развивается после черепно-мозговой травмы, перенесенных инфекционных заболеваний (у детей до 2 лет — после менингита, у больных старше 50 лет источником метастатических абсцессов служат гнойные заболевания легких, придаточных пазух носа, хронический остеомиелит). Травматический абсцесс после проникающего ранения мозга с переломами костей черепа и последующим остеомиелитом клинически может проявиться через 11–20 лет (Бернштейн А.Л., 1963). Чаще встречается в зоне раневого канала (Гейманович З.И., 1947). Поверхностные абсцессы более благоприятны, чем глубокорасположенные.

Отогенные абсцессы (после заболеваний придаточных пазух носа, гнойного отита) одиночны, располагаются в височной доле.

Метастатические абсцессы нередко множественны (Мосийчук Н.М. и соавт., 1988), располагаются преимущественно в полушариях головного мозга, редко в варолиевом мосту, подкорковых образованиях.

Клиническое течение абсцесса может быть опухолеподобным. Различают скрытый (бессимптомный) период и явный (при нарушении целости капсулы). Симптоматика развивается обычно внезапно. Часты головные боли — у 75% больных (Жученко Д.Г., 1963), на их фоне — рвота. Р.А. Шахновичем (1949) отмечены изменения на глазном дне, ликвора и крови.

Абсцессы относятся к тяжелой патологии мозга (Убайдуллаева З.Н., Озерова В.И., 1988). Для их верификации используются контрастные методы:

- абсцессография — дает возможность получить представление о топографии, размерах, форме полости абсцесса, но не позволяет судить об отношении последнего к ликворной системе;
- ангиография — выявляет характерные типы смещения магистральных сосудов мозга и позволяет косвенно судить о топографии, но не о характере процесса (абсцесс, опухоль, киста);
- пневмография — обнаруживает изменения, характерные для любого объемного образования (смещение и деформация желудочковой системы); этот метод опасен при наличии выраженных симптомов гипертензии и в связи с возможностью распространения инфекции;
- компьютерная томография (КТ) — наиболее информативный и щадящий диагностический метод; позволяет определить не только локализацию, отношение абсцесса к ликворным путям, но и различные стадии воспалительного процесса в мозге, переход энцефалитического очага в стадию инкапсулированного абсцесса; внутривенное введение контрастного вещества помогает обнаружить капсулу абсцесса.

Лечение в основном хирургическое, лишь до 11% больных могут лечиться консервативно. Производится опорожнение абсцесса (пункционное или стереотаксическое) либо радикальное его удаление (Леонов В.Г., 1997).

Далее основное внимание уделяется абсцессам мозга вследствие черепно-мозговой травмы.

Абсцессы головного мозга травматического происхождения возникают преимущественно при проникающих повреждениях. Главная причина нагноения — поздняя или ранняя, но нерадикальная обработка раны мозга. При отсутствии свободного выхода гноя из раневого канала формируется гнойная полость, вокруг которой начинает образовываться капсула. К 14–15-м суткам пиогенная капсула имеет 3 слоя: внутренний (грануляционный), средний (коллагеновый) и наружный (энцефалитический). Нередко абсцессы возникают вокруг первичных инородных тел (металлические осколки, пули) и вторичных (волосы, обрывки одежды). Возбудителями абсцесса чаще являются стафилококки, реже стрептококки и грамотрицательная флора (Харитонова К.И., 1994). Различают ранние абсцессы, возникающие в течение первых 3 месяцев после ЧМТ, и поздние. Ранние абсцессы имеют прогредиентное, ремиттирующее или латентное течение, поздние — преимущественно ремиттирующее и латентное.

В литературе описаны различные психические нарушения, сопровождающие абсцессы мозга. Они проявляются в сочетании с головными болями, повышением температуры тела, брадикардией, изменениями крови, пролабированием мозга в области костного дефекта, что особенно характерно для прогрессирующего течения абсцесса. Возможны застойные изменения на глазном дне (Бернштейн А.Л., 1963; Жученко Д.Г., 1963; Мосийчук Н.М. и соавт., 1988; Харитонова К.И., 1994). КТ выявляет характерную зону пониженной плотности, соответствующую полости абсцесса, окаймленную полоской повышенной плотности, соответствующей капсуле абсцесса (Убайдуллаева З.Н., Озерова В.И., 1988; Харитонова К.И., 1994).

Анализ литературы и собственные наблюдения позволяют заключить, что психические нарушения (их характер, степень выраженности) зависимы от: 1) локализации и размеров абсцесса; 2) индивидуальных особенностей больных, в частности правшества-левшества, возраста.

В 1948 г. М.С. Лебединский описал больного с огнестрельным черепно-мозговым ранением, сопровождавшимся абсцессом правой лобной области. Клиническая картина у данного больного (по-видимому, правши) соответствовала стороне поражения мозга. Он был дезориентирован в самом себе, месте, времени. Отмечались конфабуляции: находясь в госпитале, говорил, что «вчера был на прогулке во дворе, где встретил разговаривающего с ним врача… сегодня ездил в поликлинику». По описанию автора, «больной извращенно воспринимает ситуацию, приближая ее к привычной по прошлому опыту», имеется «патологическая тенденция переносить себя в прошлое, отрицать все, присущее настоящему». Были выражены эйфория, патологическая шутливость, анозогнозия — отрицание болезни. Автором весь синдром в целом расценен как корсаковский; подчеркнуто, что он возникает именно при правосторонних поражениях мозга, отмечены (в частности на примере данного наблюдения) различия психопатологии, развивающейся при поражении правого и левого полушарий.

В литературе отмечены также сонливость, вялость, нарушения сознания. В.О. Калина (1950) считает самыми частыми проявлениями при абсцессах мозга оглушение, сопор, бред и галлюцинации, забывчивость, безразличие, раздражительность, заторможенность; возможными — афазию, аграфию, алексию.

Подчеркнута частота эпилептических припадков (Гейманович З.И., 1947). Они описаны у 31 больного (Kilpatric C., Kaye A., 1993) с абсцессами: внутримоз-

...вым полушарным — у 25, экстрадуральным — у 4, субдуральным — у 1, мозжечко...м — у 1 больного; средний возраст больных — 47 лет, соотношение мужчин и женщин — 9:1.

В Институте нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко РАМН прицельно изучена психопатологическая картина травматических абсцессов у 24 больных в возрасте от 10 до ... года: 22 мужчины и 2 женщины, 18 правшей и 6 с признаками левшества (Доброхотова Т.А. и соавт., 1998).

Абсцесс располагался эпидурально у 7 больных, субдурально — у 2, в полушариях мозга — у 15. У 17 больных локализация была конвекситальная, у 3 — медиальная, у 1 — базальная, у 3 — смешанная (конвекситально-базальная). Слева абсцесс находился у 11 больных, справа — у 13. У 14 он распространялся преимущественно на передние отделы полушарий (лобные, лобно-теменные и лобно-височные), у 10 — на задние (теменно-затылочные, височные).

Объем абсцесса был менее 20 мл у 12 больных, от 20 до 40 мл — у 6, от 40 до 60 мл — у 4, свыше 60 мл — у 2.

В 12 наблюдениях он проявился в ранние (до 3 месяцев) сроки после травмы, в остальных — в поздние (у 5 — в сроки до 1 года, у 7 — от 2 до 6 лет после ЧМТ).

Хирургическое лечение проведено 20 больным (5 — тотальное удаление, 4 — простое пункционное опорожнение, 11 — пункционное дренирование: 8 — пассивное и 3 — активное), 4 больных лечились консервативно.

22 больным проведено бактериологическое исследование содержимого абсцесса. У 12 возбудителем оказался стафилококк, у 2 — другая флора, у 8 больных посев был стерилен из-за предшествующей терапии антибиотиками.

Обнаружен широкий спектр постоянных психических расстройств (от нарушений сознания до различных вариантов астенических состояний), а также пароксизмальных нарушений, проявляющихся в структуре эпилептического припадка. Чаще всего отмечалось эмоционально-личностное снижение (50%), угнетение или спутанность сознания (42%), выраженное замедление психической деятельности (42%), пароксизмальные психические нарушения (37%), астенодепрессивный синдром (33%), реже — дисмнестические расстройства (29%), аспонтанность (17%), односторонняя пространственная агнозия (17%), афатические нарушения (17%).

У всех больных обычно имеются признаки **астении** — истощаемость при различных, порой даже элементарных нагрузках и видах психической деятельности. О наличии этого расстройства сами больные могут и не говорить из-за резкого снижения побуждений, критики к своему состоянию. Отмечаются внешне очевидные для врача признаки быстрой физической и психической утомляемости: больные в течение осмотра постепенно становились менее активными, и к концу беседы часто неспособны были ее поддерживать.

Одним из частых симптомов является **амнезия** — выпадение воспоминаний о каком-либо отрезке болезни, чаще всего о событиях, предшествующих нарушению сознания, случившихся в период нарушенного сознания и после его восстановления, соответственно — ретро-, кон- и антероградная амнезии. Как одно из проявлений нарушенного сознания отмечается и фиксационная амнезия (незапоминание текущих событий) и отличающиеся от нее дисмнестические расстройства с преимущественным забыванием информации, сообщаемой больному.

В той или иной степени практически у всех больных представлена **замедленность психических процессов**, проявляющаяся как в психомоторной деятельности (в движениях, речи, осмыслении и выполнении инструкций), так и в эмоциональных реакциях (бедны, следуют после длительных пауз за вызвавшими их причинами или отсутствуют вовсе, например, в структуре синдрома аспонтанности).

Выраженное замедление психической деятельности наблюдается чаще при вну-
римозговой локализации процесса, в большинстве наблюдений сочетается с наруше-
нием сознания.

Нарушения сознания могут проявляться в виде синдромов угнетения (оглушени-
сопор, кома) или состояний спутанности (амнестической или с речедвигательным воз-
буждением). Наступают в разные сроки после манифестации абсцесса, регрессиру-
при адекватном лечении. Эти расстройства чаще отмечаются у больных старше 30 лет
при раннем развитии абсцесса внутримозговой локализации. Преобладает правосто-
роннее поражение мозга.

Постепенное угнетение сознания, акинетический мутизм развились у больного с трав-
матическим абсцессом правой теменно-затылочной области, осложнившимся гидроцефа-
лией, потребовавшей операции шунтирования, после которой сознание восстановилось.

Больной Ч-н, 30 лет, шофер, дважды женат, отец 4 детей. Считает себя правшой, отец и сын — левши. По характеру — добрый, заботливый, обязательный. 13.08.94 помогал матери в деревне косить сено. Избит местными жителями, получил удар по голове вилами. Отвезен в районную больницу.

На следующий день жена видела больного в больнице, заметила, что он плохо выговаривает слова, искажает звуки речи. Состояние ухудшилось. Был один припадок, сопровождавшийся левосторонними судорогами. Доставлен в Белгородскую областную больницу — диагноз: состояние после инфицированной проникающей ЧМТ, абсцесс правого полушария головного мозга, внутренняя окклюзионная гидроцефалия.

В больнице произведена операция: трепанация правой теменно-затылочной области, вскрытие кисты с гнойным содержимым. Состояние продолжало ухудшаться. Отмечались левосторонняя гемиплегия, нарушение сознания в виде оглушения (контакт с больным был резко ограничен, отвечал не всегда и лишь односложно). Последующее состояние расценено как акинетический мутизм.

Направлен в НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко; И/б 2711/94; находился в институте с 29.11 по 14.12.94. Констатированы оглушение, левосторонние гемипарез и гипестезия, парез VII нерва слева, отек дисков зрительных нервов с небольшой проминацией, полнокровие и расширение вен на глазном дне.

5.12.94 осуществлено вентрикулоперитонеальное шунтирование слева. Со слов жены, больной вскоре «оживился», стал разговаривать.

Находился в реабилитационном учреждении и вновь поступил в НИИ нейрохирургии 04.04.95; И/б 802/95. Произведено пластическое закрытие костного дефекта в правой теменно-затылочной области протектором из кодубикса.

На 2-й день после операции: садится, встает, рассматривает голову в зеркало и на замечание жены, озабоченной «выбуханием» в месте операции, вяло и безразлично замечает: «лежал... вот и выбухает... пройдет». Точно назвал себя, год своего рождения и возраст детей. Благодушен. Сам ни о чем не спрашивает. Но быстро и легко отвечает на вопросы. Ориентирован.

В этом наблюдении абсцесс проявился единичным эпилептическим припадком с ле-
восторонними судорогами, постепенным угнетением сознания с дезориентировкой
в месте и времени. В дальнейшем на фоне присоединения гидроцефалии развился аки-
нетический мутизм, регрессировавший после вентрикулоперитонеостомии. Во время
второго пребывания в НИИ нейрохирургии отмечены благодушный фон настроения
со снижением критики к своему состоянию при сохранности всех видов ориентировки.

Эмоционально-личностное снижение проявляется в несоблюдении дистанции, не-
учете ситуации, недостаточной критике к имеющимся нарушениям, отсутствии обес-
покоенности состоянием и перспективами. Больные эйфоричны, легко и без должн-
обеспокоенности относятся к предстоящей операции, факту осмотра психиатром. Эт

...нарушений чаще встречается при абсцессах объемом больше 20 мл и при их расположении в передних отделах полушарий.

Астено-депрессивный синдром наблюдается у больных с относительной сохранностью критики к своему состоянию. Депрессивный компонент обычно представлен неглубокими подавленностью, тоскливостью, безразличием к своему настоящему состоянию, возможной перспективе. Нередки недержание аффекта, слезливость, при этом больные часто не могут объяснить причины слез. У некоторых больных отмечается гиперестезия. Так, один из больных отмечал, что не переносил даже слабого звука: «раздражало даже шуршание бумаги... стук каблуков медсестер в коридоре буквально сводил с ума». Этот синдром отмечается чаще при позднем развитии абсцесса, объеме его полости до 20 мл, внутримозговой локализации.

Дисмнестические расстройства выявляются как на выходе из умеренного оглушения, так и вне непосредственной связи с нарушенным сознанием. Заключаются в незапоминании преимущественно вербальной информации (даты, имени и отчества врача, разъяснений по поводу особенностей заболевания и перспектив). Чаще отмечаются при левосторонней локализации абсцесса и раннем его развитии.

Афазии сенсорные и амнестические — наблюдаются при поражении левой височной и теменно-височно-затылочной областей. Нередки стертые варианты сенсорной и амнестической афазий.

Аспонтанность отмечается при абсцессах объемом более 20 мл, при конвекситальном внутримозговом расположении в передних отделах полушарий.

Данный синдром проявляется резким снижением инициативы, побуждений к какой-либо деятельности. Во время осмотров больных обо всем приходится активно расспрашивать. Начиная отвечать на вопрос врача, они перестают говорить. Требуется постоянная стимуляция в виде повторения вопроса или напоминания о необходимости сообщения сведений. Ответы больных обычно односложны. В них содержатся слова, бывшие в вопросе врача. Больные вялы, безразличны, не обнаруживают никаких эмоциональных переживаний. Появление даже раздражительности оказывается в этих случаях прогностически благоприятным признаком.

Односторонняя пространственная агнозия (ОПА) бывает при внутримозговой правосторонней (у правшей) локализации абсцесса, чаще в теменно-затылочной области. Возможна и при правой лобной локализации, но при большом его объеме — свыше ... мл. У левшей может иногда наблюдаться правосторонний вариант ОПА при поражении аналогичных структур левого полушария. В развернутой форме встречается редко, может сочетаться с расстройствами речи.

Синдром проявляется, как правило, на фоне левосторонних гемипареза, гемигипестезии, гемианопсии, нарушения взора влево. Всех больных отличает снижение критики вплоть до анозогнозии и представленность других характерных психических нарушений (Доброхотова Т.А. и соавт., 1996). Больные не пользуются левой рукой, даже если движения в ней сохраняются в достаточном объеме. ОПА наблюдалась в клинической картине абсцесса мозга следующей больной.

Больная Ф-ва, 61 года, правша. В НИИ нейрохирургии находилась с 27.06 по 16.08.84; И/б 92910. В апреле 1984 года — тяжелая ЧМТ с переломом костей свода черепа справа и основания черепа. Через 2 месяца после выписки из местной больницы на фоне усиления головных болей развился левосторонний гемипарез. В НИИ нейрохирургии — двусторонняя аносмия, нарушения оптокинетического нистагма при взоре влево, левосторонние гемипарез, гемигипестезия, гемианопсия. Произведены две операции: 2.07 — удаление рубцового конгломерата из правой теменно-затылочной области и 16.08 — удаление абсцесса из правой теменно-затылочной области.

При осмотре на следующее утро после первой операции: лежит на спине, голова повернута вправо, изо рта течет слюна, глаза закрыты. При просьбе открыть глаза чуть их приоткрывает, но вновь закрывает. Инструкции понимает, но выполняет их очень медленно, часто не доводит до конца. Словесного контакта с больной нет. Ее состояние квалифицировано как глубокое оглушение.

Через 11 дней осмотрена нейропсихологом. Больная доступна контакту. Переживание болезни отсутствует. Программу удерживает. Сохранены все формы речевой деятельности. Грубое игнорирование левого пространства во всех модальностях восприятия, негрубые ошибки в оптико-гностической и зрительно-пространственной сфере, персеверации в письме.

Через 16 дней — благодушна, довольно быстро отвечает на все вопросы, назвала себя, знает, что находится в Москве. Текущее время определяет с ошибками в сторону удлинения. При просьбе поднять руки поднимает только правую, левая рука продолжает лежать в постели; когда просят поднять и другую руку, спрашивает: «Что, у меня есть третья рука?». При настойчивом повторении просьбы поднимает и левую руку. Сама в бытовых действиях ею совсем не пользуется, хотя объективно выявляемое ограничение движений в ней незначительно. На вопрос, видела ли раньше врача, сказала: «видела... здесь или в другом месте... меня беспрерывно переводят, проснусь — и уже в другом месте».

После второй операции несколько дней была возбуждена, многоречива.

В этом наблюдении левосторонняя ОПА у больной с поражением правой теменно-затылочной области выражалась в невосприятии стимулов из левой половины пространства, игнорировании левой руки, благодушном настроении, анозогнозии, склонности к конфабуляциям. Синдром был особо выражен после первой операции. Сочетался с левосторонними парезом, гипестезией, анопсией.

Как правило, больные некритичны ко всем проявлениям ОПА. Редко, как было в приведенном ниже наблюдении, больные могут признать, что хуже чувствуют левую руку.

Больной В-н, 53 лет, ученый-медик.

1.10.84 попал в автоаварию. Через полчаса после травмы доставлен в нейрохирургическое отделение местной больницы. Общее состояние было тяжелое, сознание угнетено, эпизоды возбуждения; жалобы на боли в грудной клетке. Глубокая линейная ссадина в области лба.

Установлен диагноз: тяжелая сочетанная ЧМТ, ушиб лобно-базальных отделов мозга (преимущественно справа), линейный перелом правой лобной кости, основания передней черепной ямки, интенсивное субарахноидальное кровоизлияние, назальная ликворея, перелом правой ключицы, III-V ребер справа и III-IV ребер слева.

В первые минуты после травмы оставался способным к речевому общению. Через полчаса — оглушен, но сам жаловался на боли в области грудной клетки. Появились эпизоды возбуждения. На 13-й день — после эндолюмбального введения пенициллина — больной «отключился», не мог говорить, «будто находился в ступоре». Это состояние длилось около часа, затем начались судороги в конечностях. Утром следующего дня больной об этом состоянии не помнил, догадывался по тому, что чувствовал слабость. Был выписан домой на 30-й день после травмы в удовлетворительном состоянии.

Дома через 1–2 недели стал замечать, что хуже чувствует левую руку и что ею «не дотягивается» до нужных предметов. Появились частые головные боли и слабость в левой ноге. Жена заметила две особенности в поведении больного. Во-первых, он, когда ходил по квартире, натыкался на предметы, расположенные слева от него. Во-вторых, не видел, игнорировал жену, если она оказывалась слева от больного. Сам больной этих дефектов не замечал.

Был госпитализирован в НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко 26.12.84, где находился до 24.01.85; И/б 94822/84. Установлен диагноз: посттравматический энцефалит;

абсцесс правой затылочной доли.

При осмотре поведение больного формально упорядочено. Приветливо встречает врача. Вопросы понимает быстро, отвечает на них без задержек. Но по собственной инициативе ничего о своем состоянии не сообщает, не интересуется перспективами. При активных расспросах врача вяло замечает: «Я часто теряю левую руку». В настроении преобладает благодушный оттенок. Быстро забывает о наставлениях врачей, необходимости соблюдения постельного режима: утром встает, садится возле кровати. Улыбается при напоминании врача о целесообразности соблюдения предписанного ему режима.

При совместном осмотре психиатров и невропатологов инструкции осмысляет легко и выполняет их. Но благодушен, не замечает дефектов, не огорчается, когда они обнаруживаются. Свободно меняет в постели положение, садится, встает. Неприятных ощущений при этом не испытывает. Лежа в постели, легко фиксирует взор на врачах, сидящих слева от него, без поворота головы влево. Правый зрачок шире левого, реакция обоих зрачков на свет живая. Взор вправо — полный, влево — переводится толчками и плохо удерживается. Произвольный взор вверх удовлетворительный, вниз — полный. Роговичные, нижнечелюстной рефлексы живые. Язык отклоняется влево. Левая рука в действия не включается, носки снимает одной правой рукой. Походка паретичная при удовлетворительных объеме движений и мышечной силе в левой ноге. Сухожильные рефлексы живые, выше слева. Брюшные рефлексы слева ниже, чем справа. Грубый дефект проприоцептивной иннервации в левых руке и ноге: направление движений пальцев ноги различает только при большой их амплитуде. Симптом Маринеско, справа более грубый.

За время пребывания в институте больной стал более активным, выразительным в поведении, мимике, жестикуляции (в ней уже участвовала и левая рука), начал пользоваться левой рукой в бытовых действиях, уменьшилась выраженность левосторонней гомонимной гемианопсии.

В этом наблюдении левосторонняя ОПА развилась на фоне головных болей. Выражалась в игнорировании зрительных стимулов слева (не видел жену, если она оказывалась слева от больного, натыкался на предметы, встречавшиеся по пути его следования слева), левой руки (не пользовался ею). Отмечен и феномен отчуждения левой руки, проявляющийся не постоянно, а эпизодически (больной говорил, что «терял» левую руку). Долго оставались выраженными благодушие, анозогнозия. Весь синдром проявлялся на фоне левосторонних гемипареза, гемигипестезии, гемианопсии. При активном консервативном лечении больного за время пребывания на стационарном лечении констатирован значительный регресс синдрома.

Эпилептический синдром чаще возникает у молодых (до 30 лет) больных; при позднем (свыше 6 месяцев после ЧМТ) развитии абсцесса; при левополушарной его локализации.

Структура припадков соответствует локализации абсцесса. При абсцессах левой лобной области они выражаются в преходящих нарушениях речи, возникающих одновременно с судорогами в правых конечностях. После припадка речь некоторое время остается замедленной и затрудненной.

Отмечено близкое к сумеречному расстройству сознания состояние у больного со скрытыми признаками левшества с травматическим абсцессом в правой лобно-теменной области. Приводим это наблюдение.

Больной Б-н, И/б 738/96, 34 лет, мясоруб на рынке. Считает себя правшой, есть скрытые признаки левшества, семейное левшество (дочь — левша, пишет левой рукой). 27.10.93, будучи «в легком опьянении» подвергся нападению — ударили топором по голове. Со слов больного, сознания не терял, спустился пешком с пятого этажа, голову тер

снегом. «Почуяв неладное», сам пошел к другу, и тот, увидев больного с окровавленной головой, отвез его в местную больницу. Там произведена первичная хирургическая обработка раны. После выписки из больницы оставался свищ. Из него «текла жидкость». Обратился в МОНИКИ в 1994 году, где диагностирован остеомиелит.

Первый приступ случился через 5 месяцев после травмы на улице: голова и глаза «вдруг повернулись вправо», упал, «очнулся» дома; не помнит, как добрался до дома. Для этого должен был подняться, пройти несколько улиц. В апреле 1995 года из-за незаживления раны вновь обратился в МОНИКИ. Со слов больного, врачи «намеревались обработать рану амбулаторно и отпустить» его домой. Но в момент манипуляций «случился второй приступ»: судороги в левых конечностях, потерял сознание, был оставлен в стационаре. «Очнулся» на каталке, когда его везли в реанимационное отделение. Всего было 8 приступов. Сам обратился в областную психиатрическую больницу с жалобами на «приступы». Лечится противосудорожными препаратами (конвулекс, фенобарбитал, финлепсин).

Последний приступ был за 6 месяцев до поступления в НИИ нейрохирургии. По поступлении в институт установлен диагноз: последствия тяжелой ЧМТ — проникающего ранения с переломом свода черепа и вдавлением костных фрагментов в вещество мозга, остеомиелит свода черепа, гнойные свищи, абсцесс заднелобно-теменной области справа. 21.03.96 произведена операция: вскрытие абсцесса с удалением инородного тела (костного фрагмента).

Психическое состояние во время пребывания в институте: больной упорядочен в поведении, озабочен своим состоянием, сообщает врачу, что раньше не оформлял инвалидности, так как один в семье работает и обеспечивает ее материально, но сейчас понимает, что группа инвалидности ему необходима.

В этом наблюдении одним из главных проявлений травматического абсцесса правой заднелобно-теменной области оказались эпилептические припадки. Их структура лишь частично соответствует локализации абсцесса: выражаются в левосторонних судорогах. Левшество больного сказывается и на характере нарушения сознания — в первую очередь, наличие амнезии на свое поведение во время приступа (у правшей встречается обычно при поражении левой лобно-височной области). Этот больной последовательно выполнил сложную психомоторную деятельность, состоявшую из действий, которые необходимо было совершить друг за другом, чтобы вернуться домой. Из приступа больной вышел, уже будучи дома. Амнезия была полной (тотальной) на весь период приступа. В этом есть сходство с сумеречным состоянием сознания, у правшей возникающим при поражении левого полушария мозга.

Пароксизмальное состояние дереализации отмечено у 21-летнего больного-правши с травматическим абсцессом правой височной области. Оно выражалось во внезапно наступившем измененном восприятии внешнего мира, окружающих людей: они вдруг показались больному «помолодевшими». Это преходящее состояние дереализации было единственным до операции.

Особенности психопатологии множественных абсцессов

Абсцессы могут быть множественными (часты при гнойных синусите, гайморите, этмоидите, перитоните) и проявиться через короткий промежуток после операции. Приводим соответствующие наблюдения.

Больной М-н, 24 года, машинист, правша. В возрасте 7 лет удалены полипы носа. С того времени — частые обильные выделения из носа. С декабря 1989 года — головная боль, высокая температура. Поступил в 1-ю городскую больницу. Произведены радикальные операции на обеих верхнечелюстных пазухах (обострение хронического гнойного гайморита), фронтотомия обеих лобных пазух (гнойный фронтит).Состояние ухудшилось:

развился левосторонний нижний монопарез. Переведен в 33-ю больницу (там обнаружено смещение срединных структур мозга влево на 4 мм), оттуда — в НИИ нейрохирургии; И/б 3365/89.
При обследовании выявлены левосторонний монопарез левой ноги, умеренно выраженная ригидность мышц затылка, симптом Бабинского слева, левосторонняя гомонимная гемианопсия, застойные диски зрительных нервов (больше справа), аносмия (связана с отеком полости носа).
При КТ: в межполушарной щели — две (в лобной и затылочной области) удлиненных веретенообразных осумкованных полости. Произведены операции: 28.12.89 — пункционное опорожнение и наружное дренирование абсцесса задних отделов межполушарной щели; 4.01.90 — пункционное опорожнение и дренирование абсцесса передних отделов межполушарной щели, дренирование субдуральной эмпиемы правой теменной области; 25.01.90 — пункционное опорожнение и дренирование абсцесса правой лобной области.
Психическое состояние при поступлении: лежит на животе, повернув голову вправо. Глаза закрыты. Быстро отвечает на вопросы врача. Жалуется на головные боли и на то, что «раздражает яркий свет и громкий звук». Ориентирован в месте и времени. Не помнит событий последних дней, например, пребывания в 33-й больнице. Подавлен, но тяжесть своего состояния недооценивает. Интереса к беседе не проявляет. У врача ни о чем не спрашивает. Со слов матери, бывают сильные головные боли. Иногда, уже будучи в институте, проснувшись утром, не может понять, где он находится. Спрашивает у матери: «Что это такое? Где я?». Но формально упорядочен в поведении. При нейропсихологическом исследовании после всех операций: ориентирован, адекватен. Полное выпадение кинестетической чувствительности на левой руке, грубое нарушение тактильного гнозиса на этой руке. Негрубое снижение слухового гнозиса (трудности оценки простых ритмов по слуховому образцу). Недостаточность зрительного гнозиса, проявляющаяся в сенсибилизированных условиях. Отчетливая тенденция к игнорированию зрительных и тактильных стимулов слева. Отмечаются мнестические расстройства, не может воспроизвести многие события последнего месяца.

Таким образом, у больного с абсцессами задних отделов межполушарной щели и правой лобной доли, субдуральной эмпиемой правой теменной области, развившимися после радикальных операций на обеих верхнечелюстных и лобных пазухах, отмечены нарушения психической деятельности: малая инициативность, астенический синдром с недооценкой тяжести своего состояния, сновидные расстройства сознания (быстро преходящие), элементы левосторонней пространственной агнозии (после операций), парциальная амнезия на события последних недель. Более четко выступает, как видно, картина поражения задних отделов правого полушария.

Следующее наблюдение иллюстрирует множественные абсцессы, развившиеся на фоне перфорации желудка, наложения гастростомы, разлитого гнойного перитонита, стриктуры пищевода.

Больной Д-в, 12 лет, правша. Перенес детские инфекции, простудные заболевания. В декабре 1989 года случайно выпил концентрированный раствор щелочи. После этого — бужирование пищевода и другие операции.
26.01.90 — первый припадок с судорогами в правых конечностях и правой половине лица. Приступ повторился через неделю, судороги были в левых конечностях и половине лица. Поступил в НИИ нейрохирургии; И/б 629/90. При исследовании: выраженные застойные диски зрительных нервов, отоневрологические симптомы (ослабление оптонистагма вправо, вверх и вниз, повышенная двигательная реакция после вращения) нарушения оптомоторных путей в глубинных отделах левого полушария и вестибулярных образований подкоркового уровня. Снижение болевой чувствительности на правой половине тела, тетрапарез, глубокий правосторонний гемипарез, умеренное повышение мышечного тонуса по спастическому типу в правых конечностях, в левых — тонус снижен.

При КТ: многокамерные абсцессы в обеих теменных областях; перифокальный отек, желудочковая система резко сдавлена.

3.03.90 — операция: стереотаксическая имплантация катетеров в осумкованные гнойники обоих полушарий мозга. При стереотаксической КТ — множественные гнойники в обоих полушариях: справа — в заднелобно-височной области с проекцией на премоторную область (довольно поверхностные), слева — ближе к теменным отделам, под моторной зоной. Наибольшие по объему гнойники окружены системой многих камер меньшего размера, слева они доходят до самой коры.

Психическое состояние через 2 дня после операции: больной спокойно лежит в постели. Приветлив. Отвечает на вопросы и сообщает о себе необходимые сведения. Удается уточнить характер припадков, ставших первыми симптомами абсцессов. Один начинался с судорог в правой руке; другой — с поворота головы и глаз влево, судорог в левой руке.

В этом наблюдении речь идет о 12-летнем больном, у которого множественные аб-цессы мозга развились на фоне заболеваний (после отравления) пищевода и желу Первыми проявлениями болезни были эпилептические припадки разной структу что свидетельствовало о поражении обоих полушарий. Заболевание имело опух видное течение. Грубой психопатологии не было.

Таким образом, у больных с абсцессом головного мозга обнаруживается широ спектр психических нарушений. Практически у всех больных отмечаются астения, медление психической деятельности разной степени выраженности, амнестичес расстройства. Наряду с этим, нередко отмечается сочетание нескольких психопато гических синдромов: 1) нарушения сознания; 2) эмоционально-личностного сниж или астенодепрессивного синдрома; 3) дисмнестических расстройств; 4) наиболее симых от расположения абсцесса: а) афазии, б) аспонтанности, в) односторонней странственной агнозии, г) эпилептического синдрома.

Клинические особенности психопатологических синдромов определяются пр всего локализацией (стороной и внутриполушарным расположением), объемом и ками формирования абсцесса, наличием–отсутствием гидроцефалии, а также инди дуальными характеристиками больного (возраст, признаки левшества).

Глава 9

Психические нарушения при хронических субдуральных гематомах

Доброхотова Т.А., Зайцев О.С.

В работах, посвященных хроническим субдуральным гематомам (ХСГ), признается значительное или ведущее место психических нарушений в их клинической картине. Однако специальных психиатрических исследований, посвященных этому вопросу, крайне мало.

В 1961 году Д.Т. Куимов и А.С. Шмарьян писали, что ХСГ сопровождаются различными нарушениями психики: от астено-депрессивных до психотических состояний с периодами просветления; они выделяли угнетение сознания до комы, спутанность, эпилептические припадки с психомоторным возбуждением, амнестический синдром с нелепыми конфабуляциями и эйфорией, нарушением критики». Каждому возрасту свойственны определенные нарушения. У детей наблюдалась «эйфория со снижением критики»; у больных молодого и среднего возраста — «бессознательные состояния и фазы измененного сознания»; у пожилых — нарушения, напоминающие болезнь Альцгеймера.

Ю.А. Орлов (1983) пишет о частом «опухолевидном течении с преобладанием психопатологических проявлений» у людей пожилого возраста, у которых ХСГ составляют 1,3% от всех внутричерепных кровоизлияний и 34,8% — от всех субдуральных гематом. Однако эти «психопатологические проявления» не изучены. Z. Kotwica, J. Brzezinski (1988), описывая 5 больных с ХСГ сосудистого (4) и травматического (1) генеза, отмечают у них «деменцию», сочетающуюся с неврологическими нарушениями (гемиплегией). Но структура «деменции» не представлена. A. Spallone et al. (1989), изучая больных с ХСГ в возрасте от 14 лет до 91 года, отметили «замедление психических реакций» у больных старше 75 лет.

Возникновение, прогноз и психопатология ХСГ определяются следующими факторами: 1) характеристиками ХСГ, включающими этиологию (по данным Потапова А.А. и соавт., 1997, ХСГ в 81% случаев развивается после ЧМТ: в 49% — после легкой, в 24% — после среднетяжелой, в 8% — после тяжелой), темпы развития, размеры гематомы, ее локализацию и сторону расположения (односторонние ХСГ встречаются чаще, чем двусторонние, а среди односторонних преобладают левосторонние); 2) индивидуальными особенностями больного: возрастом (ХСГ чаще развиваются у пожилых и стариков), полом (у мужчин встречаются чаще, чем у женщин), психическим и соматическим здоровьем (например, отмечена высокая частота ХСГ у лиц, злоупотребляющих алкоголем), профилем функциональной асимметрии и т.д.; 3) лечением: сроками и видом оперативного вмешательства (Кравчук А.Д., 2000) и необходимыми консервативными воздействиями.

Психические нарушения при ХСГ чаще проявляются и нарастают постепенно. Возможны пароксизмальные нарушения, составляющие содержание эпилептических

припадков, у больных молодого и среднего возраста, очень редкие у пожилых и отсутствующие у стариков. Психические нарушения могут быть первыми клиническими симптомами ХСГ или возникают на фоне головных болей, нарастающей очаговой полушарной неврологической симптоматики.

9.1. Синдромы нарушения сознания

При ХСГ часты синдромы спутанности сознания, особенно у больных пожилого и старческого возраста. При положительной динамике происходит смена состояний спутанности синдромами смешанных нарушений сознания, характеризующимися присоединением к явлениям выпадения продуктивных симптомов. Это обычно происходит в ходе восстановления сознания уже после удаления ХСГ. Например, при амнестической спутанности прогностически благоприятным оказывается появление конфабуляций; в этом случае синдром нарушения сознания в целом (с учетом дефицитарных и продуктивных симптомов) можно уже обозначить как амнестико-конфабуляторный.

Кома при ХСГ в случае своевременного ее распознавания и осуществления необходимого хирургического вмешательства встречается редко.

Помрачение сознания при ХСГ также возникает редко, обычно у больных молодого и среднего возраста. Различно при право- и левополушарной локализации ХСГ.

При правосторонних ХСГ возможны пароксизмальные состояния с онейроидными, дереализационно-деперсонализационными, галлюцинаторными переживаниями. Амнезия, как правило, не наступает. Так, 55-летний больной с правосторонней ХСГ сообщал врачу о состояниях, когда вдруг переставал воспринимать реальную действительность, ощущал себя находящимся на танцплощадке: «видел вокруг себя танцующих, слышал музыку, приглашал одну девушку танцевать».

При левосторонних ХСГ, располагающихся в лобно-височной области, возможны сумеречные состояния сознания. Они наступают и заканчиваются внезапно. Больной сохраняет активное поведение — совершает сложную и последовательную психомоторную деятельность.

Динамика восстановления сознания также различна при право- и левосторонних ХСГ (особенно у больных молодого и среднего возраста).

Для правосторонних ХСГ наиболее характерна следующая последовательность: амнестическая спутанность — амнестико-конфабуляторная спутанность — корсаковский синдром (КС), часто сочетающийся с левосторонней пространственной агнозией (ЛПА) — выход в ясное сознание.

Иногда односторонняя пространственная агнозия может выступать изолированно. Приведем соответствующий пример.

Больной Г-в, 55 лет, правша, инженер — начальник цеха крупного завода. В НИИ нейрохирургии поступил через 9 месяцев после ЧМТ; И/б 1390/93.

Травму получил при падении с крыши дома; повредил правую ногу, сознания не терял, состояние было удовлетворительным. Вернулся к работе. Через 6 месяцев после травмы жена заметила, что больной подволакивает левую ногу. Только при активных расспросах больной отметил, что у него «появилась слабость в левой руке, и он плохо управляет движениями этой руки». Часто держал левую руку согнутой на груди, ходил по квартире, шатаясь, натыкаясь на предметы, лежащие слева от него на полу, плечом задевал дверные косяки, ударялся о них и, ощущая боль, беззаботно повторял: «опять ударился».

В институте установлена ХСГ правой лобно-теменной области. Произведена операция — закрытое наружное дренирование гематомы.

Психическое состояние до операции: спокоен и формально упорядочен в своем поведении. На вопросы отвечает без пауз. Есть легкий благодушный оттенок в настроении, недооценка

своего состояния, нет должной озабоченности, встревоженности. Об отмеченных женой нарушениях больной по собственной инициативе не говорит, приходится активно его расспрашивать.

Через 6 дней после операции: больной быстр в ответах, помнит беседу с врачом до операции, способен воспроизвести ее содержание. По собственной инициативе сказал, что слабость в левых конечностях «уменьшилась, можно сказать, исчезла», чувствует себя лучше и увереннее». Настроение больного более адекватно, нет прежнего благодушия.

Клинически ХСГ правой лобно-теменной области проявилась через 6 месяцев после ...ения левосторонним гемипарезом и игнорированием слабости в левых конечно..., невниманием к находящимся слева предметам, эмоционально-личностными из...ениями (анозогнозия, благодушие).

В повседневной практике обычно учитываются клинически яркие и очевидные ...ервые же минуты осмотра слагаемые односторонней пространственной агнозии. ...этих больных может быть игнорирование левого пространства в разных видах деятельности, не столь очевидное при обычном осмотре и требующее специальных исследований (Доброхотова Т.А. и соавт., 1996). Подобное игнорирование у левшей отмече... по отношению к правостороннему гемипарезу при левосторонних ХСГ.

Больной Л., 62 года, левша. Врач. В НИИ нейрохирургии поступил через 6 месяцев после ЧМТ; И/б 1491/93. Травма получена при падении (головой ударился об асфальт). Была кратковременная утрата сознания. Пришел в себя лежа на дороге, сам поднялся, добрался до дома. Несколько дней были головные боли. Затем они исчезли, самочувствие улучшилось, и больной вернулся к работе.

Через 4 месяца после падения остро заболел. Диагностировано респираторное заболевание с высокой температурой. Была общая слабость. Находился на больничном листе. В поликлинике, куда пришел для продления больничного листа, лечащий врач заметил, что правая часть брюк в грязи, больной подволакивал правую ногу. Но сам больной этого не замечал. Направлен в НИИ нейрохирургии, где выявлена ХСГ левой лобно-теменной области.

Выполнено закрытое наружное дренирование гематомы.

Психическое состояние до операции: поведение больного формально упорядочено, но он малоактивен, по собственной инициативе ничего не рассказывает, жалоб не предъявляет, ничем не интересуется. При активных расспросах, когда же появилась слабость в правых конечностях, вяло говорит: «особой слабости не замечал». Сказал лишь, что бывают «пульсирующие боли в левой половине головы».

После операции мимика больного живее. Выразительнее и быстрее речь. Но и сейчас беседа с больным возможна лишь при активных расспросах врача.

Это наблюдение иллюстрирует клиническое проявление ХСГ левой лобно-теменной области у левши на фоне острого респираторного заболевания с высокой температурой. Особенное внимание привлекают элементы правосторонней пространственной ...озии (игнорирование слабости в правой ноге) в сочетании с резким снижением инициативы до степени аспонтанности.

При левосторонних ХСГ у правшей обычно наблюдаются иные по структуре и дина...е нарушения сознания. Здесь возможны состояния спутанности сознания с речевы... нарушениями, далее — с психомоторным возбуждением.

Больной И-в, 45 лет, правша, научный работник. ЧМТ получил при падении (ударился головой о каменный пол). Сразу потерял сознание. На вопросы жены, подошедшей к больному, не отвечал, лежал с закрытыми глазами. Каретой скорой помощи доставлен в местную больницу. Состояние сознания при поступлении расценено как кома I-II, в последующие дни сопор-оглушение. На 4-й день переведен в НИИ нейрохирургии; И/б 2019/97. Установлен диагноз: тяжелая закрытая ЧМТ, геморрагический ушиб (внутримозговая

гематома объемом 18 мл), пластинчатая субдуральная гематома левой височной области, отек левого полушария головного мозга, смещение прозрачной перегородки на 3 мм. В последующие дни: усилился геморрагический компонент в области ушиба, увеличились субдуральная гематома, перифокальный отек мозга, усилилось смещение прозрачной перегородки сначала до 5 мм, затем до 12 мм. Отмечено сужение боковых и III желудочка. В последующем очаг ушиба значительно уменьшился, но сформировалась хроническая субдуральная гематома левой височно-теменной области, и через 20 дней после ЧМТ осуществлено закрытое наружное ее дренирование.

До операции: больной фиксирует взор, выполняет инструкции, понимание которых резко затруднено. Далее — нарастающее двигательное беспокойство. Вертится в постели. Пытается встать. Уговоры успокоиться практически не действуют. На 5-й день после ЧМТ назвал свои фамилию, имя и отчество, возраст, специальность и занимаемую должность. Дезориентирован в месте и времени. Не сразу понимает даже простые вопросы. Но много говорит. Повторяет свои ученые степени и звания. В моменты беседы становится еще более беспокойным: все время пытается освободить руки, которые фиксированы из-за непрерывного психомоторного возбуждения.

После операции сенсорные нарушения речи сохранялись: больной не всегда понимал вопросы, неточно выполнял даже простые инструкции (показать зубы, высунуть язык). Ответы были большей частью стереотипны.

Более развернутое обследование стало возможным спустя 1–1,5 недели после операции. Понимает вопросы, отвечает быстро и безошибочно в начале беседы. Быстро устает. Вместе с утомлением появляются трудности в речевой сфере, прежде всего в понимании обращенной речи. Проявляются они в «недослышивании» (при сохранном слухе) задаваемых вопросов. Отвечает на них пространно, быстро теряет нить высказывания. В спонтанной речи учащаются искажения отдельных элементов речи, замены слов другими, близкими по смыслу или звучанию. Выражен феномен «отчуждения смысла слов». Грубо нарушено называние, подсказка не всегда помогает актуализации нужного наименования. Повторная речь относительно сохранна.

Больному доступно удержание в памяти вербального ряда из 6 слов, который он воспроизводит в заданном порядке со второго раза. Замедлено, дезавтоматизировано чтение. Нарушено письмо (замены букв, персеверации). Сам их не замечает. Так, при осмотре на 15-й день после дренирования гематомы показывает написанный им (по заданию логопеда) текст. В нем многочисленные ошибки: «завртракаю» вместо «завтракаю»; «телефизор» вместо «телевизор». Когда врач привлекает внимание больного к этим словам и спрашивает, правильно ли они написаны, долго всматривается в слово, самостоятельно (без помощи врача) не может понять ошибочность письма. Только при наводящих вопросах врача говорит: «здесь лишняя буква «р»», или «здесь вместо буквы «в» буква «ф»». Не может (без искажений) повторить слова «собор-забор-запор» — путает произношение, последовательность.

Выявлены также легкие нарушения праксиса позы, динамического праксиса (трудности усвоения двигательной программы); легкое снижение гнозиса: тактильного, слухового (единичные ошибки в оценке ритмов) и зрительного (сужение объема и фрагментарность зрительного восприятия); нарушен самостоятельный рисунок; дезавтоматизированы счетные операции (особенно при серийном счете).

В общем поведении больной уже упорядочен. Сам себя обслуживает, ходит. Приветливо встречает врачей. Огорчается, когда осознает свои ошибки. В эти моменты говорит, что ему «нужно время, чтобы быть в форме». При этом вновь и вновь напоминает врачу, что ему часто приходится выступать, вести конференции. Произносит длинную пространную фразу, смысл которой заключается в том, что речь его должна быть «хорошей».

В этом наблюдении хроническая субдуральная гематома явилась одним из проявл... (наряду с геморрагическим ушибом) многоочагового поражения мозга, преимуществ...

...сочно-теменной области левого полушария. По миновании угнетенного сознания по...илось двигательное и речевое беспокойство. Стали очевидными нарушения речи, кото...е можно квалифицировать как комплексную (сенсорную и акустико-мнестическую) ...фазию с нарушениями, чтения, письма и счета. Менее выражены расстройства праксиса, ...нозиса.

Состояние больного стало улучшаться, уменьшилось, а затем исчезло двигательное ...еспокойство, поведение становилось упорядоченным, восстанавливались все виды ...иентировки. Остались регрессирующие нарушения устной и письменной речи, сче..., организации движений и восприятия. Появилось смутное, а затем все более отчет...ливое понимание необходимости специальных занятий.

У больных старческого возраста при всех формах дезинтеграции сознания часто на...рушен цикл сон–бодрствование. При выраженности этого расстройства наступает не...ое равномерное распределение сна. В течение суток 20–30-минутный сон сменяется ...дрствованием с двигательным беспокойством.

После удаления гематомы сознание обычно проясняется, но при наличии отяго...енности преморбида, например, алкоголизмом, может долго оставаться спутанным.

Приведем примеры.

Наблюдение 1.

Больной К-в, 68 лет, правша со скрытыми признаками левшества, театральный художник. Из особенностей: всегда были «удивительные цветные сновидения и после ночи с такими сновидениями всегда бывало хорошее настроение и общее состояние». Много курил и «сильно пил». В НИИ нейрохирургии поступал трижды (И/б 3263/92; 1388/93; 1770/93). Первый раз переведен из 67-й клинической больницы, куда доставлен после того, как в подъезде дома больного ударили по затылку. Собственные воспоминания больного обрываются на том, как он был в магазине, купил хлеб и бутылку водки, открыл дверь в подъезд и почувствовал удар по голове. «Очнулся» на следующий день в реанимационном отделении 67-й больницы, «был привязан к кровати».

При поступлении больной был многоречив, речь чуть замедлена. Подробно рассказывал о том, что жена и сын искали его во всех больницах и «моргах», так как сам больной не мог позвонить и сообщить о месте своего пребывания. Настроение больного было благодушное. По собственной инициативе жалоб не предъявлял. При целенаправленных расспросах врача о самочувствии отмечал повышенную утомляемость. Не мог воспроизвести события, происходившие вокруг него в течение 2 недель пребывания в 67-й больнице. Установлен диагноз: тяжелая ЧМТ, ушиб головного мозга, субдуральная гематома правой лобно-височно-теменной области. От предложенной операции отказался. Дома через 3 месяца усилились головные боли, появилась тошнота. Больной часто ударялся левой стороной головы о двери, шкафы, так как их не видел, если они оказывались слева от него. Стал «физически слабым... роняло все время вправо».

После второго поступления в институт больной говорит медленно. Не может рассказать последовательно о событиях прошедшего месяца, путает текущую дату. Говорит, что его отвезли в 67-ю больницу, а оттуда — в институт, хотя не был на этот раз в той больнице. При расспросах сам больной сообщил о двух эпизодах «странного состояния», которые были «не то вчера, не то сегодня». Он видел в палате японцев в серо-сиреневых кимоно, сидевших на разных кроватях и разговаривавших между собой. Когда больной в этот момент осматривал палату, то и «старичок» (показывает на своего соседа по палате) стал похожим на японца, «было что-то японское». Больной понимал «нереальность ситуации», смотрел по сторонам, на потолок, чтобы убедиться в том, что он находится в палате. Во втором эпизоде больной вдруг будто бы оказался в «корейском» магазине, который видел «прямо в отделении». В начале осмотра больной был вялым, а паузы между вопросами врача и ответами — длинными. К концу

беседы стал активнее, быстрее в ответах, говорил о своих «видениях» с оттенком недоумения.
Выполнено закрытое наружное дренирование гематомы.
Третье поступление в институт связано с резким утяжелением состояния. Доставлен в коматозном состоянии. Выявлена ХСГ больших размеров в правой лобно-теменно-височной области. Произведена костно-пластическая трепанация и удалена гематома. После операции сознание больного постепенно прояснялось, но отмечались игнорирование левосторонней гемиплегии, невнимание к врачам, стоящим слева от больного.

В этом наблюдении в связи с ХСГ правой лобно-теменно-височной области проявились близкий к корсаковскому синдром и ЛПА. До этого были состояния спутанности сознания (в 67-й больнице) с рече-двигательным возбуждением. Дома после первой выписки из НИИ нейрохирургии ударялся левой стороной о мебель и дверные косяки. При втором пребывании в институте проявились сноподобные и дереализационные расстройства.

Наблюдение 2.

Больной Д-в, 76 лет, правша, злоупотребляет алкоголем, работает сторожем. В НИИ нейрохирургии поступил через 2 месяца после ЧМТ; И/б 245/93.
Ударился головой о тумбочку. Сознания не терял. С ушибленой раной левой затылочной области обратился в больницу, отпущен домой после первичной хирургической обработки раны и наложения швов. Продолжал работать. Через неделю в семье заметили, что больной становится агрессивным, злобным. Возникало речедвигательное возбуждение после приема даже малых доз алкоголя. Через 2 недели появилась слабость в правых конечностях, больной стал «заговариваться» — произносил бессмысленный набор слов.
Психическое состояние при поступлении в институт: знает, где находится. Но не знает текущей даты, путает возраст, говорит, что ему 81 год. Ничего не может сообщить о случившемся. При просьбе сказать, где он работает, называет работу, которую выполнял во время войны. При расспросах о самочувствии не сразу понимает вопросы, говорит, что его ничего не беспокоит. Но тут же добавляет: «голова болит... плохо с левой стороны» и потирает левую сторону головы. Путает слова, искажает звуки речи, «сегодня прошел логофефты», вместо «голова» говорит «говоля». Увидев приближающуюся к нему жену, пришедшую навестить больного, засуетился, произнес непонятное для жены: «надо ходить за деньгами».
При обследовании установлена ХСГ левой височно-теменной области. Выполнено закрытое наружное дренирование гематомы.
Психическое состояние больного через день после операции: утром лежит в постели с закрытыми глазами. Открывает их при обращении к нему. Правильно называет себя. Паузы между вопросами врача и ответами больного значительно короче, чем при осмотре до операции. Знает, что оперирован. Дату операции определяет с ошибкой на один день. По собственной инициативе сказал, что ему стало лучше. На просьбу врача уточнить, в чем это заключается, ответил: «рука лучше работает» (при этом поднял вверх правую руку, сжал и разжал кулак). Помнит врача, осматривавшего его до операции. Быстро устает. Утомившись, не сразу подыскивает нужные слова. Замечает это и, досадуя на самого себя, машет рукой.

В этом наблюдении ХСГ обнаружилась у больного с давним бытовым пьянст[illegible] Проявилась через 1,5–2 месяца после ЧМТ нарастающими головными болями, голо[illegible]кружением, слабостью в правых конечностях и нарушением речи. Но уже через нед[illegible] после травмы отмечены агрессивность, злобность и изменение характера опьян[illegible] (речедвигательное возбуждение). Обращает на себя внимание отчетливое улучш[illegible] состояния больного после операции. В частности стало возможным речевое общ[illegible] с больным, до операции резко затрудненное из-за нарушения понимания обраще[illegible] к нему речи, искажения звуков речи.

При двусторонних ХСГ у больных старческого возраста в клинической картине мо... преобладать симптоматика, характерная для поражения правого полушария. ...риведем примеры.

Наблюдение 1.

Больной Н-й, 81 год. В санатории, где отдыхал, был найден в туалете лежащим на полу. Был вял, сонлив, общение с ним было резко затруднено. Доставлен в НИИ нейрохирургии; И/б 1793/90. При КТ обнаружены обширная субдуральная гематома левой лобно-теменно-височной области (сдавление желудочковой системы, смещение срединных структур на 25 мм) и субдуральная гигрома справа.
До операции беседа с больным была практически невозможна. Лежал с закрытыми глазами, на многие вопросы не отзывался, лишь иногда произносил какие-то звуки.
Выполнено закрытое наружное дренирование ХСГ слева и опорожнение гигромы справа.
Осмотрен через 2 дня после операции. Больной ориентирован; знает, что находится в НИИ нейрохирургии. Речь несколько смазана, дизартрична. Вспоминает, что «здесь работал в тридцатых годах», как и было в действительности. Особо оживляется в отрезке беседы, где речь шла о научных интересах больного. Преобладает благодушный оттенок в настроении. Благодарит собеседника. О своем состоянии говорит: «чувствую себя лучше». При расспросах о собственном состоянии до операции и о том, как проявилась болезнь, больной рассказать ничего не может. По наблюдениям медицинского персонала, у больного в первые послеоперационные дни двигательное беспокойство возникало в вечерние часы.

В этом наблюдении отмечено отчетливое улучшение психического состояния боль...го после операции; выход из состояния глубокого оглушения-сопора с появлением ...можности речевого общения. Но отмечены благодушный фон настроения, ...стройства речи типа дизартрии, полная амнезия на период в несколько дней до опе...ции и усиление двигательного беспокойства в вечерние часы.

Наблюдение 2.

Больной К-й, 84 года; И/б 256/92. За 1,5 месяца до поступления в НИИ нейрохирургии получил ЧМТ при неизвестных обстоятельствах.
В институте установлена двусторонняя ХСГ. Осуществлено ее закрытое наружное дренирование.
До операции контакт с больным был невозможным из-за угнетения сознания.
Через 2 дня после операции: лежит на спине, руки фиксированы, так как больной беспокоен, постоянно меняет положение, приподнимает и опускает голову, облизывает сухие губы. Быстро отвечает на вопросы. Правильно называет себя, год своего рождения (1908), но путает возраст: «не то мне 55, не то 60 лет». Больному не удается решить подсказанную врачом задачу: если он родился в 1908 году, а идет 1992 год, сколько же ему лет. Беспомощно повторяет: «92... отнять 8» и, наконец, говорит: «60 лет». Знает, что лежит в больнице, «недалеко от дома», но не может назвать учреждение, где находится. На альтернативный вопрос, болен он или здоров, отвечает: «здоров». Много и быстро говорит. На вопрос, чем занимался вчера вечером, говорит: «был дома». Ошибается в определении времени суток. Утром говорит, что идет вечер. 5-минутную беседу с врачом оценивает как длившуюся «20 или 40 минут». Благодушен, есть даже оттенок эйфории. Врача принимает за знакомого ему по прошлой жизни человека, хотя видит его впервые. К концу беседы утомляется. Некоторое время лежит спокойно, просит дать ему попить.
Через 17 дней после операции: все предыдущие дни больной был беспокойным в вечерние и ночные часы, спокоен утром. Ночью все время громко называет имя жены, представляет себя находящимся дома. Но временами лучше ориентирован в месте, очень часто

зовет к себе дежурную сестру, кричит при этом громко, не обращая внимания на просьбы соседей по палате говорить тише. Временами становится злобным, повторяет: «Они обязаны ухаживать». Но такие состояния приблизительно правильной ориентировки в месте кратки, преходящи. Большей частью больной беспокоен, временами бормочет, пытается встать и куда-то идти, приговаривая: «Мне надо выйти погулять».

В изложенном наблюдении больной после операции остается в состоянии спутанности: дезориентирован в собственном возрасте, месте и времени; имеются ложные узнавания, конфабуляции, ошибки в определении времени в сторону удлинения. Стойко держится нарушение цикла сна и бодрствования, беспокойство нарастает в вечерние и ночные часы.

9.2. Эмоционально-личностные нарушения

Проявляются синдромом аспонтанности, эмоциональными изменениями: больной постоянно пребывает в благодушном настроении вплоть до эйфории или, напротив, проявляются тревога, тревожные опасения за свое состояние. Последние наблюдаются обычно у правшей при ХСГ левой височно-теменной области, а в случае заинтересованности лобной доли сочетаются с замедлением движений и речи (или даже с афазией).

Синдром аспонтанности наиболее часто встречается при ХСГ левой лобной области. Выражается в постепенном снижении вплоть до исчезновения собственных побуждений — инициативного начала в поведении. Больные часами лежат в постели, ни к кому не обращаясь, ничем не занимаясь. Безразличны к изменениям своего состояния. По своей инициативе никаких жалоб не предъявляют. Могут быть неопрятными в постели мочой. Помочившись, продолжают лежать в мокрой постели, не говоря о случившемся никому из окружающих. Когда обнаруживают, что больной лежит на мокрой постели, он не испытывает, казалось бы, столь естественного чувства смущения перед теми, кто меняет ему постель. Больного очень трудно ввести в беседу. Приходится много раз повторять вопросы, чтобы добиться хотя бы односложного ответа. Но и начав отвечать, больной замолкает на полуслове, и необходимы дополнительные стимулы (повторение вопросов), для того чтобы получить от него необходимые сведения. Ответы, как правило, односложны, малословны. Содержат слова, бывшие в вопросе врача. Развернутые высказывания отсутствуют.

Больная Л-ва, 42 года, правша, редактор издательства. В НИИ нейрохирургии поступила через месяц после ЧМТ; И/б 114/93. Госпитализированна в связи с нарастающими головными болями, слабостью правой руки и изменениями почерка; при взгляде вправо периодически наступало двоение в глазах. Установлена ХСГ левой лобно-теменно-височной области со смещением срединных структур на 11 мм. Произведено закрытое наружное дренирование гематомы.

Психическое состояние больной до операции: речь резко замедлена, долгие паузы между вопросами врача и ее ответами. Больная безразлична, малоинициативна, ее все время приходится стимулировать повторением вопросов, просьбой продолжить свои ответы. Вне такой стимуляции она замолкает, не договорив даже короткую фразу.

Через 3 дня после операции: больная многословна, начинает говорить сразу вслед за вопросом врача. Часто улыбается. При расспросах о предыдущей беседе оказалось, что больная не помнит врача и самого факта дооперационного осмотра. Свое состояние после операции характеризует «как очень хорошее». Правильно называет день операции, текущую дату, время суток.

В этом наблюдении отмечено быстрое резко выраженное улучшение психического состояния больной после удаления ХСГ: имевшие место до операции аспонтанность

безразличие, замедление речи сменились многоречивостью, быстрыми ответами, а в целом психическое состояние больной приближалось к гипоманиакальному.

Для синдрома аспонтанности характерно абсолютное безразличие больного, описанное в литературе как *эмоциональный паралич*. Нет даже намека на какие-либо эмоциональные реакции. Больные безучастны, безразличны к тому, какое впечатление производят на врачей. Не интересуются собственным состоянием, не спрашивают о перспективах. Таким же эмоциональное поведение больных остается во время встреч с близкими. Они ничего не спрашивают о доме, о том, как врачами оценивается их состояние.

Замедление движений, речи, сочетающееся с *тревогой, подозрительностью*, отмеченное в единичных наблюдениях до удаления ХСГ, регрессирует после операции. Приведем пример.

Больной М-в, 69 лет; правша; подполковник милиции в отставке, более 10 лет — пенсионер. Со слов жены, всегда был активным, «упрямым». В начале лета (апреле–мае) оставался один на даче, строил дом. На голову упала доска. Сознания не терял, ни на что не жаловался. Начиная с июня жена заметила, что больной становится все более замедленным, забывчивым, появилась слабость в правых конечностях, повторялись случаи неопрятности в постели мочой.

В НИИ нейрохирургии переведен из госпиталя МВД с подозрением на опухоль левой лобно-височной области; И/б 89305/83. Установлена ХСГ левой лобно-теменно-затылочной области.

Психическое состояние больного до операции: встает, ходит медленно, малословен, на лице застыло грустное выражение. Говорит медленно, с трудом подыскивает слова, испытывает затруднения в осмыслении вопросов. Иногда становится раздражительным, гневливым. В отношении врачей насторожен, подозрителен, недоверчив. Отказывается от предложенной операции, считая, что ему хотят нанести вред. Согласие на операцию получено от жены больного.

Через 7 дней после удаления гематомы: больной упорядочен в поведении, спокоен, узнал врача, но содержание дооперационной беседы вспомнил лишь после напоминания. С улыбкой сказал, что не хотел «оперироваться». Спрашивает, какой идет день, сколько времени прошло после операции, когда выпишут его домой. Иногда сам жалуется: «в голове будто что-то горит». Понимает, что операция была необходима. Инициатива снижена. Больного приходится активно расспрашивать.

Через 15 дней после операции: активнее в беседах с врачом. Просит разъяснить, как он должен вести себя дома, чтобы «все было хорошо». Больной обращается к врачам, ищет у них помощи, хотя сохраняются слабость запоминания (часто просит напомнить дату операции, день недели), затруднение речи (нарастает по мере утомления), слабодушие (при расспросах о работе начинает плакать).

В этом наблюдении у больного до операции на фоне правостороннего гемипареза выступали замедление собственной речи и движений, затрудненное осмысление обращенной к нему речи. Активный отказ от предложенной операции был основан на подозрительности, предположении, что ему хотят нанести вред; отмечены напряженность, недоверчивость. Эти явления после операции регрессировали. Оставались в меньшей, чем до операции, степени замедление движений, речи, трудности в подборе слов по ходу изложения своих мыслей.

Эйфория, благодушие чаще отмечаются при правосторонних ХСГ. Нередко сочетается со снижением критики к своему состоянию вплоть до анозогнозии. Такие больные расслаблены, многоречивы.

9.3. Астенические синдромы

Астения — самое частое состояние у больных с ХСГ. Может быть одним из первы клинических проявлений гематомы, особенно в пожилом возрасте. Длительное врем остается после оперативных вмешательств, хотя у больных молодого возраста може быстро регрессировать.

По клинической структуре условно можно выделить простые и сложные астенические синдромы. И те и другие имеют «гипостенические» и «гиперстенические» варианты (Князева Н.А., 1988), отличающиеся друг от друга отсутствием (или очень слабой выраженностью) и наличием гиперестезии. Последняя проявляется резкими реакциями на различные стимулы, события, происходящие вокруг больного (звуки, разговоры, голоса, шум), раздражительностью, быстрой сменой эмоционального состояния о благодушия до слезливости.

Простой астенический синдром характеризуется совокупностью собственно астенических нарушений, физического и психического состояний. Среди первых — нарастающее ощущение слабости, вялости, утомляемости, вынужденное снижение из-за этого двигательной активности. Среди вторых — быстрая психическая истощаемость, очевидная даже при короткой беседе с больными. На первые вопросы они отвечают быстро, точно, развернутыми фразами, которые затем становятся все более короткими до односложных ответов. Вначале производят впечатление способных к сосредоточению внимания на смысловых тонкостях расспросов врача, но после нескольких ответов истощаются. Вся речевая активность резко снижается. Даже голос становится все более тихим и, наконец, едва слышимым. Ослабляется внимание. Появляются трудности в осмыслении вопросов врача. Динамика состояния больных в моменты осмотров и бесед отличает астеническое состояние от аспонтанности, при которой они одинаковы в течение всего общения — безразличны, вялы, безынициативны, пассивны; общение с ними возможно только при настойчивых стимуляциях.

Сложный астенический синдром отличается сочетанием собственно астенических явлений с другими психическими нарушениями — мнестическими, эмоционально-аффективными, речевыми, в том числе проявляющимися пароксизмально. Эти дополнительные нарушения, описанные выше, различны при право- и левосторонних ХСГ. Например, при правополушарных ХСГ большинству больных присущи благодушие вплоть до эйфории, а при левополушарных — тенденция к депрессивным переживаниям с тревожным оттенком различной степени выраженности. Кроме того, названные эмоциональные нарушения, сочетающиеся с астеническими состояниями, отличаются от своих аналогов без астенических явлений. Так, при наличии астении тревожный оттенок, отсутствующий у больных в начале осмотра, появляется по мере их утомления (физического и особенно психического), наступающего достаточно быстро, и через короткое время сменяется безразличием — невозможностью формирования даже тревоги. В других случаях благодушие, бывшее в начале беседы, тускнеет и вскоре исчезает, больные становятся безразличными, вялыми, амимичными.

При астенических состояниях изменяется структура сна и сновидений. Нарушения сна у больных молодого и среднего возраста выражаются в трудности засыпания, частых пробуждениях и отсутствии чувства освеженности после ночного сна. Сновидения могут урежаться или исчезать при левосторонних ХСГ и учащаться, видоизменяться — при правосторонних; бывшие ранее только черно-белые сны заменяются цветными, цвета — яркие, неестественные, представлен обычно лишь один какой-либо цвет. Могут появляться кошмарные сновидения. У некоторых больных отмечаются трудности различения пережитого во сне и наяву. У пожилых и стариков расстройства сна мо

выражаться в чередовании непродолжительных периодов сна и вялого бодрствования независимо от времени суток.

Астенический синдром может сохраняться, а иногда даже усугубляться после операции. При благоприятном течении постепенно регрессирует. У больных зрелого возраста явления физической и психической истощаемости обычно уменьшаются и исчезают через 2–4 недели после операции.

9.4. Амнезии

Тотальная фиксационная амнезия при ХСГ у больных молодого и среднего возраста наблюдается сравнительно короткое время. Как правило, проявляется при правосторонних ХСГ, распространяющихся на теменно-височно-затылочные отделы. У больных пожилого и старческого возраста парциальная фиксационная амнезия обычно затянута. Выступает на фоне сниженной яркости восприятия настоящих событий, «ухода в прошлое» с оживлением в сознании образов событий, пережитых много десятилетий тому назад (еще в юношеском возрасте).

Транзиторная глобальная амнезия — сравнительно редкая при ХСГ форма амнезии. В момент ее обнаружения больные беспомощны, не могут ничего сообщить о себе, своем возрасте, семейном и социальном статусе. Чаще растеряны. Осознают и переживают эту вдруг обнаружившуюся неспособность воспроизвести данные о самих себе. Обращаются к окружающим с вопросами, кто они, как оказались здесь — в клинике, кто и зачем их привез сюда, кто их окружает. При помощи расспросов, а иногда даже самостоятельно вспоминают себя, свои имя, возраст, семью, работу и т.д.

Больной Л-в, 77 лет, пенсионер, считает себя правшой, но есть скрытые признаки левшества. За 3 месяца до поступления в НИИ нейрохирургии упал на улице из-за гололедицы. Сам поднялся, добрался до дома. Вдруг наступило состояние, когда «все забыл: кто я, где я, кто сидит около меня, как меня зовут». Задавал эти вопросы жене. Это состояние прошло через 10–15 минут. Через 3 месяца наступила слабость в ногах, особенно в правой. Она нарастала. Хуже чувствовал правую руку. Поступил в НИИ нейрохирургии; И/б 768/90. Установлена ХСГ левой лобно-теменной области. Выполнено закрытое наружное дренирование гематомы.

Психическое состояние до операции характеризовалось сохранностью всех видов ориентировки, некоторым замедлением двигательного поведения. Больной сам с удивлением рассказывал об эпизоде, когда «все о себе забыл». После операции оставался ориентированным, жаловался на резкую утомляемость, постоянное ощущение слабости. При специальном исследовании установлено: двигательные пробы хуже выполняет левой рукой; элементы зеркальности при выполнении пробы Хеда; игнорирование правой стороны сложной сюжетной картинки.

В этом наблюдении транзиторная глобальная амнезия наблюдалась еще до выявления левосторонней ХСГ. Характерно отношение больного к пережитому им эпизоду транзиторной глобальной амнезии: ему запомнилось острое переживание внезапно наступившей собственной беспомощности. Феномен зеркальности, отмеченный после операции при выполнении пробы Хеда, а также наличие элементов игнорирования правого пространства могут быть объяснены скрытыми признаками левшества.

9.5. Эпилептический синдром

Эпилептические припадки отмечены у 11% (20 из 180) больных с ХСГ (Потапов А.А. и соавт., 1997). Чаще встречаются у больных молодого и среднего возраста. Структура их различна при право- и левосторонних ХСГ. Возможны судорожные припадки с фокальным началом, преходящие нарушения чувствительности или психические расстройства. Обычно остаются без должного анализа припадки, содержание которых составляют психопатологические феномены. На них мы остановимся.

При правосторонних ХСГ отмечаются приступы с дереализационно-деперсонализационными переживаниями (внезапно начинающиеся и быстро прекращающиеся ощущения измененности внешнего мира и собственного «Я» больного). Внешний мир представляется мертвенным, неподвижным, лишенным цвета или, напротив, окрашенным только в один цвет. Могут быть явления *уже виденного, уже слышанного*, бывают и преходящие ощущения *никогда не виденного*, когда очень знакомую и близкую ситуацию больной воспринимает как чуждую, незнакомую.

Больной А-ов, 59 лет, правша со скрытыми признаками левшества. В 5-летнем возрасте упал с качелей. Неизвестно, терял ли сознание. В течение года после этого заикался. В июле 1993 года в гараже ударился головой о стену. Сознания не терял. Были незначительные головные боли, но самочувствие было «вполне удовлетворительным». К концу августа появились приступы онемения левых конечностей: «левая рука и нога вдруг чувствуются так, будто на них надета металлическая сетка». Это ощущение было только пароксизмальным. Затем больной начал чувствовать онемение и вне приступов, оно стало постоянным. Усилились головные боли, нарушились движения в левых конечностях. Резко участились сновидения — «цветные, кошмарные». Просыпаясь после такого сна, больной не испытывал чувства свежести, напротив, было «впечатление, будто он не спал, а только видел сон».

Поступил в НИИ нейрохирургии; И/б 2383/93. Установлена ХСГ правой лобно-теменно-височной области. Проводилось консервативное лечение. Контрольная КТ показала, что гематома полностью рассосалась.

Психическое состояние: больной упорядочен в поведении, полностью ориентирован. Толково рассказывает о своем состоянии. Сам сообщает врачу о двух нарушениях: ощущении онемения левых руки и ноги и «нарушении движений» левой руки. Под последними имеет в виду «неуправляемость» движений левой руки: рука «не подчиняется», больной не может по своей воле совершить целесообразное движение: «Хочу, например, сунуть руку в карман и достать платок, но рука не слушается». К моменту выписки из института состояние улучшилось, исчезли головные боли, «хорошо действует левая рука».

В этом наблюдении через 1 месяц после черепно-мозговой травмы у больного развились простые парциальные припадки в виде характерных для теменной локализации гематомы онемения и парестезий в левых конечностях.

Главный элемент припадков в этом наблюдении — преходящее онемение левых конечностей, потом ставшее постоянным. Расстройство движений напоминает так называемую «диагонистическую диспраксию», описанную у больных эпилепсией, перенесших операцию — расщепление мозга (Akelaitis A.J.J., 1945). Выражается в невозможности согласованных движений рук: одна рука (как правило, правая) совершает целесообразные движения, другая (левая) — противоположные движения, сводящие на нет результат целенаправленных действий правой руки. Например, правая рука застегивает пуговицы, левая — расстегивает их. Этот феномен обсуждается как присущий левшам (Голант Р.Я. и соавт., 1948; Кок Е.П., 1975); описан при поражении правого полушария мозга левшей (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1994). У приведенного больного были скрытые признаки левшества.

При левосторонних ХСГ возможны сумеречные состояния сознания, приступы преходящих нарушений мышления в виде: 1) «провала мыслей» — на момент приступа больные испытывают ощущение «пустоты в голове... отсутствия мыслей»; 2) «наплыва мыслей» — в момент кратковременного приступа возникает ощущение множества мыслей, не имеющих цельного содержания, не связанных с предшествующей мыслительной деятельностью; переживаются больными как «тягостные», «насильственные», «навязчивые» мысли, от которых невозможно освободиться, пока не закончится приступ. Внешне больные выглядят растерянными, тревожными, на вопросы не отвечают, иногда перебирают пальцами оказавшийся в руке предмет. По окончании приступа способны сообщить только об ощущении отсутствия мыслей (в первом случае) или, напротив, об их множестве, но ничего из содержания тех мыслей рассказать не могут. Бывают пароксизмальные нарушения речи.

Больная Ш-ко, 25 лет, студентка полиграфического института, правша из семьи, где отец — левша. В середине сентября 1992 года в Одессе больную «ударили по голове». Сознания не теряла, стационирована в нейрохирургическое отделение больницы и вскоре выписана по настоятельной просьбе больной с диагнозом сотрясение мозга. Приехала в Москву, продолжала учебу. В начале 1993 г. появились головные боли по ночам, сопровождались тошнотой и рвотой. Ночью же возник первый приступ. По описанию матери, больная «вскрикнула... перетянуло лицо». Увидев около себя испуганную мать, хотела что-то сказать ей, но не могла произнести. После приступа рассказала, что сначала почувствовала онемение правых половины лица и руки, а потом поняла, что не может говорить. Второй приступ случился на улице: онемение того же типа, «отнялась речь», не могла говорить в течение 15 минут. Такие приступы повторились 5 раз. Нарастали головные боли.

Была госпитализирована в НИИ нейрохирургии; И/б 359/93. Была установлена ХСГ левой лобно-теменно-височной области. Выполнены две операции: закрытое наружное дренирование гематомы, а через 11 дней — костнопластическая трепанация с радикальным удалением гематомы, так как при контрольной КТ было выявлено свежее кровоизлияние в полость гематомы при незначительном ее уменьшении.

Психическое состояние до операции: больная упорядочена в поведении, ориентирована. Замедлена в движениях, мимика невыразительна. Быстро устает. По мере утомления еще больше замедляется речь, появляются парафазии, искажения звуков речи. Вместе с тем способна описать приступы. Озабочена тем, что они есть и что состояние продолжает ухудшаться, нарастают головные боли.

Психическое состояние после операции: отличается от предоперационного большей выразительностью лица, появлением страдальческих оттенков в настроении. Есть тревожные ожидания «чего-то плохого», «неуверенность в будущем». Толково и последовательно рассказывает о своем заболевании, подчеркивая, что она стала плаксивой, плохо спит ночью. Речь больной без затруднений.

В приведенном наблюдении структура припадков соответствует локализации ХСГ — онемение правых половины лица, руки и преходящая моторная афазия. Вне приступов — замедление речи, гипомимия.

Таким образом, у больных с ХСГ обнаруживается широкий спектр психических нарушений от расстройств сознания до наиболее легкой астенической симптоматики. Нередки пароксизмальные расстройства.

Клинические особенности психопатологических синдромов определяются прежде всего стороной и полушарной локализацией, а также сроками формирования ХСГ, индивидуальными характеристиками больного (возраст, признаки левшества, преморбидная патология), своевременностью диагностики и лечения.

Глава 10

Психические нарушения при гидроцефалии

Доброхотова Т.А., Зайцев О.С.

Гидроцефалия (hydrocephalus — от греч. hydro — вода, cephalic — голова; синоним — водянка головного мозга) — патологический процесс в ЦНС, характеризующийся расширением желудочковых систем мозга и субарахноидальных пространств за счет избыточного накопления цереброспинальной жидкости, вследствие: а) увеличения ее продукции; б) возникновения препятствия, затрудняющего ее циркуляцию; в) нарушения резорбции.

По данным разных литературных источников, водянкой головного мозга страдает от 4 до 10 детей из каждой 1000 новорожденных (Хачатрян В.А. и соавт., 1998). В нейрохирургических стационарах она наблюдается у каждого четвертого больного, осложняя течение основного заболевания, отодвигая сроки выздоровления и затрудняя реабилитацию.

В зависимости от причины и времени возникновения гидроцефалию подразделяют на: а) врожденную, являющуюся результатом пороков развития головного мозга, основания черепа и позвоночника, внутриутробной нейроинфекции и т.д.; б) приобретенную, развивающуюся на фоне органической патологии головного мозга травматического, сосудистого, опухолевого, инфекционного (в том числе паразитарного) генеза; в) идиопатическую (или гидроцефалию неясного генеза), причины которой установить не удается.

По локализации гидроцефалию подразделяют на: а) внутреннюю, когда жидкость скапливается преимущественно в желудочковой системе; б) наружную — накопление жидкости в субарахноидальных пространствах; в) смешанную.

По особенностям ликвороциркуляции выделяют: а) открытую (или сообщающуюся) гидроцефалию, при которой полости, заполненные ликвором, сообщаются между собой; б) закрытую (или окклюзионную), когда нарушение ликворообращения связано с наличием статического препятствия (опухоль, гематома, рубцы, спайки и др.)

Из психопатологических проявлений гидроцефалии наиболее часто упоминаются расстройства сознания — при окклюзионной форме и деменция у взрослых (Hakim S., Adams R.D., 1965; Дамулин И.В., Орыишч Н.А., 2000) или задержка психического развития у детей (Симерницкий Б.П., 1989) — при открытой.

10.1. Посттравматическая гидроцефалия

(совместно с Фисенко И.А.)

Посттравматическая гидроцефалия (ПТГ) является одним из последствий черепно-мозговой травмы, которое резко ухудшает прогноз восстановления психической деятельности. Развивается вследствие прогрессирующего процесса накопления цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) в ликворных пространствах и веществе головного

мозга в результате нарушения ее циркуляции и резорбции, обусловленного ЧМТ (Кравчук А.Д. и соавт., 2002).

На долю ПТГ приходится 10–20% всех случаев гидроцефалии (Арендт А.А., 1948; Симерницкий Б.П., 1989; Юсеф Э. Сааде, 1989; Хачатрян В.А., 1991; Мухаметжанов Х. и соавт., 1993, 1997; Хачатрян В.А. и соавт., 1998), Она выявляется у 0,7–3,9% больных с тяжелой ЧМТ (Cardoso E.R. et al., 1985; Aronyk K.E., 1993; Mori K. et al., 1995; Phuenpathom N. et al., 1999; Кравчук А.Д., 2000, 2002). В последнее время появилась тенденция к увеличению числа больных с ПТГ, что объясняется ростом травматизма, а также повышением эффективности лечения тяжелой ЧМТ — сегодня выживают больные с грубыми структурно-функциональными нарушениями системы ликворообращения (Доброхотова Т.А. и соавт., 1997, 1998).

Работ по психопатологии ПТГ до 90-х годов XX века было немного. Долгое время изучение психопатологических проявлений ПТГ ограничивалось учетом деменции, сочетающейся с нарушениями походки и функции тазовых органов (Hakim S., 1964; Adams R.D. et al., 1965; Buch J., 1981; Cardoso E. et al., 1985; Violin A. et al., 1987). В последние 10 лет появилось больше научных работ, учитывающих психопатологические нарушения у больных с ПТГ и посвященных непосредственно этим нарушениям (Лошаков В.А. и соавт., 1993; Мухаметжанов Х. и соавт., 1993, 1995; 1997, 1998, 2000, 2002; Лихтерман Л.Б. и соавт., 1994; Халимов А.Р. и соавт., 1995; Kristensen B. et al., 1996; Доброхотова Т.А. и соавт., 1997, 1998; Кравчук А.Д. и соавт., 2001, 2002; Ивакина Н.И. и соавт., 2002; Фисенко И.Н. и соавт., 2002).

Современная нейротравматология концентрирует внимание на: 1) закономерностях регресса психических нарушений, возникающих при разных вариантах и формах ПТГ; 2) сравнительной оценке эффективности различных методов лечения (хирургического и консервативного) у больных с разными индивидуальными характеристиками (пол, возраст, социальное положение, преморбидное психическое и соматическое здоровье, профиль функциональной асимметрии полушарий головного мозга).

ПТГ резко ухудшает качество исходов ЧМТ, инвалидизирует больных, в частности, из-за того, что не только препятствует начавшемуся до ее развития восстановлению психической деятельности у больных, но может способствовать усугублению имевшихся и появлению новых нарушений деятельности. В результате может наблюдаться нарастание: 1) интеллектуально-мнестических нарушений вплоть до глубокого слабоумия; 2) эмоционально-личностного снижения (эйфории, анозогнозии), аспонтанности; 3) угнетения сознания от оглушения до комы.

Данные изучения 81 больного (65 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 2 до 65 лет (в среднем 28,4 лет) свидетельствуют, что гидроцефалия чаще развивается после тяжелой ЧМТ (79 больных), редко — после средне-тяжелой ЧМТ (2 больных). Чаще наблюдается открытая гидроцефалия (67 больных), реже — окклюзионная (14 больных). При последней синдром внутричерепной гипертензии с застойными дисками зрительных нервов, средне-мозговой синдром, психопатологическая симптоматика (у 13 из 14 больных) появились в среднем через 5±1,8 месяцев после ЧМТ. В результате шунтирующей операции значительное улучшение наступило у 8 больных, умеренное — у 6.

При открытой гидроцефалии синдром внутричерепной гипертезии реже сопровождался застойными дисками зрительных нервов (только у 1/4 больных), реже наблюдались среднемозговой синдром, психопатологическая симптоматика (у 51 из 67 больных). Она развивалась медленнее и позже, чем при окклюзионной гидроцефалии (средние сроки от момента ЧМТ до операции составили 10,1±1,9 месяцев). Значительное улучшение после шунтирующей операции отмечено только у 30 больных, у 36 — умеренное.

Эффект операции с использованием шунтирующих систем был выше у больных, гидроцефалия у которых развилась в первые 6 месяцев после ЧМТ, несмотря на то, что

в этой группе процент больных, перенесших длительную кому, был более высоким — 64,7% против 38,9% в группе больных с гидроцефалией, проявившейся позже 6 месяцев после ЧМТ.

В первые же дни после операции у больных, находившихся в вегетативном статусе, оживлялась мимика, взгляд становился более осмысленным, появлялись эмоциональные реакции, понимание обращенной к ним речи и собственная речевая деятельность. Такое разительное улучшение психического состояния характерно для больных с окклюзионной гидроцефалией. Наименьший эффект операций отмечен при открытой гидроцефалии, развившейся по истечении полугода после ЧМТ. Здесь вообще труднодостижимо или совсем невозможно более или менее полное восстановление психической деятельности.

Прогностически благоприятный эффект своевременной шунтирующей операции при окклюзионной гидроцефалии, развившейся в течение первых недель после ЧМТ, можно проиллюстрировать следующими клиническими наблюдениями.

Наблюдение 1.

Больной С-в, 56 лет, правша, заместитель начальника информационного агентства. Женат. Имеет дочь и сына. По характеру вспыльчивый, малообщительный, но с высоким чувством ответственности. 21.09.93, как обычно, вечером позвонил жене с работы и сообщил, что выезжает домой. Не вернулся. Был найден в 50 м от дома. Доставлен в 1-ю городскую больницу сотрудниками «скорой помощи».

При поступлении: «возбужден, некритичен»; дыхание самостоятельное, адекватное, гемодинамика стабильна. Поставлен диагноз: тяжелая ЧМТ, перелом основания черепа, ушиб мозга, субарахноидальное кровоизлияние. Помещен в реанимационное отделение. 24.09 переведен в 33-ю городскую больницу. Находясь в этой больнице, проявлял двигательное беспокойство, был дезориентирован. Отмечены менингеальный синдром, сглаженность левой носогубной складки. Становился все более вялым, адинамичным. После КТ, проведенной на 18 день после травмы, переведен в НИИ нейрохирургии с диагнозом: закрытая ЧМТ, тяжелый ушиб мозга, преимущественно лобных долей и полюсных отделов теменной доли слева, субарахноидальное кровоизлияние, посттравматическая окклюзионная гидроцефалия; И/б 2795/93.

В институте: сонлив, лежит с закрытыми глазами, с трудом удается активизировать. Едва ответив на вопрос, закрывает глаза. Сам ни о чем не спрашивает. Дезориентирован: не знает, где он находится, кто его окружает.

Острота зрения — 0,3; диски зрительных нервов светло-розовые, границы нечеткие, явного отека дисков нет, но сетчатка пастозна, вены умеренно полнокровны. Спонтанный множественный нистагм, гиперрефлексия калорического нистагма.

2.11 произведено вентрикулоперитонеальное шунтирование слева.

На следующий день после операции: лежит в постели с открытыми глазами. На приветствие врача подает левую руку (к правой присоединена капельница). Во время беседы выплевывает куски непережеванной пищи на кровать, на себя. На первые вопросы отвечает сразу, но быстро истощается. Правильно называет себя, год своего рождения, имена жены и детей. На вопрос, где находится, говорит: «В Кронштадте». Беседующего с ним врача принимает за друга. О своей специальности сказал: «электрик» (был им давно). Адрес места жительства называет не настоящий, а тот, что был 21 год тому назад. Текущий год определяет как 1986 (вместо 1993), в 14 часов говорит, что идет вечер. На вопрос, чем занимался вчера вечером, говорит, что «ездил к сестре, жене, был 10 минут в Москве». Не запоминает имени и отчества врача. Беспомощности своей не замечает, собственное состояние оценивает «на четверку». Говорит, что у него «хорошая память».

На следующее утро рассказывал, будто он ездил «в командировку» на Новую Землю:

«летели на самолете — я и бородатый мужчина, вдвоем. В самолете были стюардессы... мы пили пиво... там я укреплял здоровье, катался на лыжах. Послали меня туда врачи с целью подлечиться. Поездка длилась 10 дней». Этот рассказ больной повторял. В первые дни с подробностями, в последующем — с меньшими деталями, и уже стали появляться сомнения, было ли все это.

11.11 произведена ревизия вентрикулоперитонеального шунта. Через 4 дня после операции: точно называет себя, место работы, род своей деятельности (сказал, что он инженер). Знает, что находится в «больнице», с подсказкой правильно воспроизвел название института. Нет никаких воспоминаний о случившемся, пребывании в 1-й и 33-й больницах. Легкое благодушние прерывалось слезами, когда говорил, что на последнем месте службы он работает «почти 30 лет». Появилось смутное чувство болезни: «Я вроде болен или здоров».

Через 8 дней после операции: правильно называет себя, год, месяц, число. Врача идентифицирует, но неточно: «Не знаю, из какой вы больницы». На вопрос о том, чем он занимался утром, говорит: «Гулял по улице, покупал подарки к Новому году». Неточно определяет время пребывания в институте (вместо 10 дней называет 5). Считает себя здоровым, свою память — «хорошей».

Через 18 дней после операции остается благодушным. Быстрее отвечает на вопросы. Приветливо встречает врача. Но не может сказать, когда его видел последний раз.

Через 34 дня после операции осмотрен в поликлинике института, пришел в сопровождении жены. По ее словам, больной дома может приготовить себе пищу, активно общается с сотрудниками. Если они ему звонят по телефону, он сразу узнает их по голосам, правильно называет и обсуждает с ними ситуацию на работе. Со слов жены, движения больного остаются несколько замедленными. Во время осмотра больной внимательно слушает врача. Охотно отвечает на вопросы; рассказывая о своем состоянии, подчеркивает исчезновение головных болей. Активно интересуется перспективой выздоровления. По просьбе врача описать палату, где он лежал, точно воспроизводит размещение кроватей в палате. Помнит некоторых своих соседей. Не может воспроизвести обстоятельства травмы, а также время нахождения в первых двух больницах и первые дни пребывания в институте.

Окклюзионная гидроцефалия у данного больного развилась в первые недели после тяжелой ЧМТ. Сопровождалась угнетением сознания до глубокого оглушения, сменившего двигательное возбуждение, отмеченное сразу вслед за ЧМТ. После шунтирующей операции на фоне общей активизации больного проявляются близкое к онейроидному (сноподобному) состояние и корсаковский синдром: фиксационная, ретроградная и контраградная амнезия, дезориентировка в месте и во времени, конфабуляции, благодушный фон настроения, анозогнозия. В конфабуляциях больного в первый день после операции отмечен своеобразный уход «в прошлое»: называя по просьбе врача свою профессию, вместо настоящей называл ту, которая была очень давно; домашний адрес сообщил тот, по которому жил 21 год тому назад.

Резкое улучшение состояния отмечено после ревизии шунта. Восстанавливаются запоминание текущих событий и все виды ориентировки. Более дифференцированным становится эмоциональное состояние — благодушие прерывается слезливостью. Урежаются и исчезают конфабуляции. Поведение больного становится более целенаправленным.

В послеоперационном восстановлении психической деятельности прогностически благоприятными были раннее проявление (в течение первых недель после травмы) и окклюзионный характер гидроцефалии, своевременное проведение шунтирующей операции. Положительный ее эффект выразился в быстром регрессе корсаковского синдрома.

Наблюдение 2.

Больная Л-ва, 24 года, правша. 29.08.87 попала в автокатастрофу, в которой погибла 5-летняя дочь. Доставлена в местную больницу. Установлен диагноз: сочетанная (с переломом IX-X ребер справа) тяжелая ЧМТ, перелом свода и основания черепа, ушибы мозга, субарахноидальное кровоизлияние. Сразу потеряла сознание. Кома глубокая. Первое открывание глаз — на 3-й день в ответ на обращение матери по имени. Фиксации взора нет. Плавающие движения глазных яблок, сходящееся косоглазие. С 7–8-го дня после травмы — открывание глаз в ответ на болевые раздражения.

В НИИ нейрохирургии поступила в вегетативном статусе; И/б 2783/87.

Установлена окклюзионная гидроцефалия. 10.10.87 — вентрикулоперитонеостомия справа.

Мать видела больную через день после операции. Отметила изменения в общем состоянии и поведении: «более осмысленным стало выражение лица». При переворачивании больная издавала звуки, напоминающие стон. Впервые фиксировала взор на матери, сообщившей о впечатлении: «долго меня будто осматривала». Выполнила просьбу матери открыть–закрыть глаза.

Через 2 дня после операции: больная смотрит на врача. Быстро устает. Взгляд становится неуправляемым. Как и прежде, повторяются серии оральных гиперкинезов (скрежетание зубами, облизывание), иногда издает звуки, подобные вздоху, всхлипыванию. Даже простые инструкции большей частью оставляет без внимания.

Через 20 дней после операции больная впервые улыбнулась в ответ на рассказ матери о смешной ситуации 5–6-летней давности. Лежит на спине. Руки — на туловище. Предоставленная самой себе (вне обращений, тормошения) безразлична, пассивна. Становится беспокойной, начинает поворачиваться в постели, когда испытывает позывы на мочеиспускание или дефекацию. Фиксация взора и слежение постоянны. Когда мать произносит имя больной, находясь вне поля ее зрения, активно ищет ее взглядом. Больная понимает не только смысл, но и эмоциональную окраску некоторых реплик. По настойчивой просьбе матери произносит отдельные слова.

С 23 дня после операции ответы больной стали более частыми, более развернутыми. Стала говорить по собственной инициативе; речь дизартричная.

Через 59 дней после операции (102-й день после ЧМТ): на задаваемые вопросы реагирует быстро, отвечает односложно, иногда — не задумываясь. При расспросах, может назвать себя, рассказать, что у нее есть дочь, но описывает личную ситуацию, которая была несколько лет назад. Догадывается, что находится в лечебном учреждении. Но не может сказать, где это учреждение, как оно называется. Знает, что идет конец 1987 года (об этом больной постоянно напоминает мать) и что скоро наступит Новый год. Ошибается в определении числа и дня недели. Эмоционально однотонна: почти всегда благодушна. Часто улыбается. При расспросах врача о самочувствии сказала: «Прекрасно». Нет признаков встревоженности и озабоченности своим состоянием. Однако есть формальное признание, что она больна. Оказывается беспомощной при просьбе врача перечислить признаки своего нездоровья. Резко снижено запоминание текущих событий. При расспросах о том, что с ней происходило вчера вечером, рассказывает о событиях, случившихся очень давно.

13.01.88 — ревизия вентрикулоперитонеального шунта.

При осмотре через 5 месяцев после ЧМТ: больная свободно и быстро отвечает на вопросы. Сохраняется благодушный фон настроения. Временами эйфорична. Сократился период ретроградной амнезии на несколько лет. Со слов матери, «вспомнила» о втором браке: раньше второго мужа называла по имени первого. Лучше запоминает текущие события. Правильно воспроизводит личную ситуацию. Знает, где находится. Негрубо ошибается при определении текущей даты.

Через 180 суток после ЧМТ: больная готовится к выписке. Оживлена, многословна. Все время говорит о предстоящей «поездке домой». На вопрос, как она представляет

жизнь дома, говорит: «не знаю... не думала». Нечетка ориентировка во времени. Остается благодушной, недостаточно критичной, недооценивающей тяжесть своего состояния.

Через 10 месяцев после ЧМТ (контрольное поликлиническое обследование). Со слов матери, с марта (через 4 месяца после ревизии шунтирующей системы) дома сидит самостоятельно, ходит с поддержкой. Периодически поперхивается при еде. Пытается помочь матери по хозяйству, смотрит телепередачи, интересуется модой. При осмотре: сходящееся косоглазие за счет пареза обоих VI нервов, горизонтальный спонтанный нистагм, сглаженность левой носогубной складки, умеренно выраженная атаксия в левой руке, сухожильные рефлексы выше слева. Тонус мышц выше в левых конечностях. Нарушения статики. Не может ходить самостоятельно. Острота зрения справа — 1,0 (с корр.), слева — 1,0. Ограничение взора вверх. Диски зрительных нервов розовые, границы четкие, вены умеренно полнокровны. Грубых выпадений поля зрения нет.

Психическое состояние: врача, ранее осматривавшего ее почти ежедневно, не узнала, хотя сказала: «наверное, здесь видела». Но узнала врача после того, как врач заговорила: «голос знакомый».

Аккуратно одета. Лицо осмысленное, на нем — постоянная улыбка. На все расспросы врача отзывается быстро, отвечает в плане вопроса. Голос с гнусавым оттенком. По собственной инициативе о своем состоянии ничего не рассказывает. Ни на что не жалуется. Приходится активно расспрашивать ее обо всем, следить за тем, чтобы больная оставалась в рамках вопросов. Она быстро отвлекается, говорит о постороннем. По просьбе перечислить признаки нездоровья, сообщает: «косоглазие у меня... глаза некрасивые... плохо хожу». При этом не упоминает ослабление памяти на события, случившиеся за последние годы. Только в ответ на расспросы сообщает, что лишь в последние месяцы она способна запоминать происходящие события в их последовательности, может воспроизвести содержание предыдущего дня, «лучше стало со временем». При расспросах выясняется, что больная не может воспроизвести случившееся в то время, когда она находилась в институте. Обо всем говорит с улыбкой. Благодушна. В ответах на расспросы неспособна удержать основную линию беседы. Беспрерывно отвлекается.

В целом остается глубоко беспомощной: не может передвигаться самостоятельно, есть элементы лицевой агнозии (проявившейся во время осмотра, когда врача узнала только по голосу), анозогнозия, преобладание благодушного фона настроения, длительные ретроградная, конградная и антероградная амнезии, слабость запоминания, снижение критики и переживания своего состояния.

Через год и 3 месяца — повторное поликлиническое обследование. Больная — инвалид I группы. Со слов матери, практически может делать все по дому (готовит, стирает). Занимается спортивной гимнастикой под руководством тренера. В момент осмотра поведение больной упорядочено. Она охотно беседует. Речь свободна. Но остается благодушный фон настроения. Больная практически остается вне активной жизни, но этим не озабочена.

В этом наблюдении посттравматическая окклюзионная гидроцефалия развилась в первый месяц после ЧМТ. Больная поступила в НИИ нейрохирургии через 43 дня после ЧМТ в вегетативном статусе. В тот же день осуществлена вентрикулоперитонеостомия и через 5 дней после нее — ревизия шунта. Прогностически благоприятными оказались раннее развитие гидроцефалии, окклюзионный ее характер, а также своевременное осуществление вентрикулоперитонеостомии и ревизии шунта. В результате проведенных операций больная вышла из вегетативного статуса, прошла все стадии восстановления сознания. Начала фиксировать взор, следить, появились понимание обращенной к ней речи и собственная речевая активность. Далее расширились формы двигательного поведения, появилась улыбка. В последующем дифференцируется синдром, близкий к корсаковскому: [illegible]йняя слабость запоминания, ретроградная амнезия (забыт факт второго замужества,

настоящего мужа называет именем первого мужа), дезориентировка в месте и времени, благодушный фон настроения, анозогнозия. Далее отмечено укорочение ретроградной амнезии. Длительное время сохраняются благодушие, отсутствие переживания своего болезненного состояния — выключения из активной социальной жизни.

Прогностически менее благоприятна открытая гидроцефалия. При ней меньше, чем у описанных выше больных, выражен эффект шунтирующей операции. Эти особенности иллюстрируются следующими наблюдениями.

Наблюдение 1.

Больной К-в, 45 лет, сварщик, правша, в семье левшей нет. Часто «выпивал», возвращался с работы в состоянии алкогольного опьянения. Восемь лет назад оставил жену и дочь, жил со второй женой. Не проявлял интереса к первой семье, общался с ней крайне редко, не помогал. Последнее время был сварщиком по найму на непостоянной работе. 21.11.97 года утром, как обычно, ушел на работу, забыв дома документы. В этот день должен был встретиться с друзьями. Вечером домой не пришел. Обнаружен лежащим у ворот завода, где работает вторая жена. Сотрудниками «скорой помощи» доставлен в 67-ю городскую клиническую больницу в состоянии алкогольного опьянения и переохлаждения. На вопросы не отвечал и инструкций не выполнял. Установить личность больного было невозможно из-за отсутствия документов. На второй или третий день начал «бормотать». Назвал себя, перечислял «какие-то цифры». Родственница соседа по палате, предположив, что эти цифры могут означать номер телефона, набрала их и «попала» в квартиру матери больного. До этого в течение 3 суток его искали первая жена и дочь.

В отделении часто не понимал обращенной к нему речи. Отмечены правосторонние гемипарез, гемигипестезия, более выраженные в ноге. Был неадекватным, некритичным. Но временами становился беспокойным из-за того, что его не понимают.

Через 2 недели (5.12.97) — усилились речевые нарушения, состояние сознания было близким к сопорозному. На КТ обнаружены очаг ушиба в правой лобно-теменной области и подострая субдуральная гематома слева. В тот же день удалена гематома. В последующем развилось нагноение послеоперационной раны. Через трое суток — ухудшение состояния с угнетением сознания до комы. Длилось одни сутки. Постепенно стало возможным элементарное речевое общение, ограниченное нарушениями собственной речи больного и понимания обращенных к нему слов.

На 70-й день после ЧМТ (31.01.98) в связи с резким ухудшением состояния наложен наружный вентрикулярный дренаж на 2 дня. Вскоре развился гнойный менингоэнцефалит, вентрикулит. Далее обнаружилась выраженная сообщающаяся внутренняя гидроцефалия с перивентрикулярным отеком.

На 92-й день после ЧМТ (23.02.98) операция — удаление костного лоскута из-за его нагноения и развития менингита.

Через 4 месяца после ЧМТ мог ходить с поддержкой. Отвечал односложно, нецензурно бранился. Не мог ничего сообщить о том, как оказался в больнице, и что с ним произошло.

Через 6 месяцев после ЧМТ сильно похудел, перенес двустороннюю пневмонию. Появились пролежни на крестце и в области тазобедренных суставов. Часто повышалась температура. Не мог уже передвигаться даже с поддержкой, была резкая слабость.

Через 7 месяцев после ЧМТ речевые нарушения достигли той степени, когда контакт с больным стал практически невозможен. Собственная речь отсутствовала. Были лишь редкие эпизоды выполнения отдельных простых инструкций.

Через 9 месяцев после травмы не реагировал на обращения. Отсутствовали эмоциональные реакции. Состояние больного было близким к вегетативному статусу. Длилось оно больше месяца.

В течение последующих месяцев соматическое состояние постепенно стабилизировалось

Уменьшились воспалительные явления, пролежни, нормализовалась температура. Вес больного приблизился к бывшему до травмы.
Через 11 месяцев после ЧМТ понимал простые инструкции. Лучше понимал просьбы родной сестры, чаще за ним ухаживавшей. Не мог ходить из-за правостороннего гемипареза, не контролировал функции тазовых органов. В таком состоянии 12.01.99, через 13,5 месяцев после ЧМТ, поступил в НИИ нейрохирургии; И/б 74/99.
В день поступления: в речевой контакт не вступал, инструкций почти не выполнял, задание следить за предметом выполнил только после просьбы родной сестры. Положение в постели самостоятельно не изменял. Эмоциональные реакции почти отсутствовали, чуть оживлялся при виде сестры: признаки внимания проявлялись в мимике, слабо ей улыбался.
При обследовании в институте установлено: правосторонние гемипарез и гемигипестезия, контрактуры в правых локтевом и коленном суставах, повышение мышечного тонуса. Сила в мышцах снижена до 3 баллов. Больной лежит. Ходить, встать с постели, одеться и есть самостоятельно не может. Практически не пользуется правой рукой и ногой из-за грубого пареза. Атаксия в конечностях справа. Повышены периостальные, брюшные рефлексы и отмечаются патологические рефлексы справа. Выявлены заднечерепные стволовые вестибулярные симптомы в виде явлений ирритации. Застойные диски зрительных нервов, больше справа.
При ЭЭГ-исследовании обнаружены значительные общие изменения ирритативного характера с наличием гиперсинхронного альфа-ритма в сочетании с острыми разрядами, преобладанием эпилептиформных потенциалов в левой теменно-центрально-задневисочной области и полиформная медленная активность — в левой лобно-височной области.
При стимуляции правого и левого срединных нервов соматосенсорные вызванные потенциалы сохранены, амплитуда корковых ответов слева выше, чем справа. В момент транскраниальной магнитной стимуляции отмечается отсутствие ответов с левого полушария.
Допплерография: слева кровоток на уровне нижней границы нормы, умеренно выражены явления венозной дисциркуляции с аномальным антероградным оттоком по глазничным венам.
При МРТ — выраженное расширение всех отделов желудочковой системы, пролапс вещества головного мозга в костный дефект височно-теменной области слева, усиленная пульсация ликвора в области III желудочка, водопровода. Он проходим. Выявляется открытая гидроцефалия с перивентрикулярным отеком, сужением субарахноидальных конвекситальных пространств.
При радионуклидной цистерномиелографии — картина открытой гидроцефалии; частичный «блок» ликворных путей на верхнегрудном уровне. Резко снижена резорбция ликвора. Эти данные указывали на выраженную внутреннюю гипорезорбтивную открытую гидроцефалию. Больному было показано вентрикулоперитонеальное шунтирование.
За день до операции больной лежал на спине, согнув обе ноги, приведенные к туловищу; лицо было безразличным, без каких-либо мимических движений. Взгляд почти неподвижен, отсутствует также фиксация и слежение.
21.01.99 (14 месяцев после травмы) произведена вентрикулоперитонеостомия справа.
На следующий день лицо больного выразительнее: очерченнее стали признаки подавленности, печали. Взгляд живой, особенно в начале осмотра: переводит его с одного врача на другого, следит за движениями дочери. На первые вопросы никак не реагировал. Очень слабые попытки артикуляции проявились при последующих просьбах врачей. Эти попытки сводились к мычанию и звукам «о… но…». Создается впечатление, что больной не всегда понимает обращенную речь. Словесные инструкции может выполнить при многократных их повторениях и особенно после показа того, как следует выполнить

просьбу.

На 4-й день после операции появилось произношение отдельных звуков, односложных. Но они следовали только в ответ на вопросы. Заметно более активным стал взгляд: больной внимательно следит за врачами, медперсоналом. Больше бодрствует. Стали наблюдаться состояния беспокойства при позывах на мочеиспускание и стул. В ответ на приветствие — протягивает левую руку (правая паретична), пытается произнести «здр… здра…». Переживает неудачу: досадует на самого себя, лицо становится недоуменным, нахмуренным. Простые инструкции выполняет. При просьбе прочитать слово на обложке книги внимательно смотрит и пытается прочитать, прочитанное произносит неразборчиво. При ответах на вопросы проявляется тенденция отвечать, начиная с последнего слова вопроса. Запинается, повторяет первый слог. В речи появляются слова-эмболы «ну… вообще… это…». Все больше активизируется по мере осмотра, внимательнее начинает прислушиваться к вопросам, в конце осмотра даже попытался произнести: «всего хорошего».

Такому улучшению состояния способствовало установленное при КТ уменьшение размеров боковых желудочков, меньшая выраженность перивентрикулярного отека, регресс пролапса мозговой ткани в костный дефект.

На 6-й день после операции больной сидит в кресле, правая нога поставлена дочерью на подножник кресла. Правая рука неподвижно лежит на подлокотнике, левой рукой иногда совершает медленные движения, обычно при невозможности ответить на вопросы. Объем движений в руке достаточный — при появлении врачей держал дольку апельсина и сам подносил ее ко рту. На врачей и окружающих смотрит внимательно, порою недоуменно; в конце осмотра, особенно при неудающихся ответах, в глазах появлялись слезы. Больной может полностью произнести слова «да» и «нет». Не удается произнести длинные слова, произносит только их начало.

Ответил на несколько вопросов. Запинается на первых слогах, вздыхает, напряженно пытается выговорить слово. Выполнил инструкцию — поднять правую руку и дотронуться до руки врача. Но для того, чтобы добиться движения или ответа, необходимо многократное повторение инструкций, даже самых простых. При другой просьбе показать правую руку поднимает левую. Многие инструкции не выполняет, но после просьбы дотронулся до своего уха, носа, показал указательный палец; назвал, но не сразу, количество пальцев на руке — «пять». На вопрос врача: «кто стоит около него слева?» (стоит дочь) больной произнес «жена»; в прошлые дни говорил «не знаю», хотя при ее обращениях эмоционально оживлялся, улыбался.

Собственной инициативы к общению с окружающими нет. Но на последнем осмотре попыток ответить было больше, чем на предыдущем. На вопрос врача, «становится ли ему лучше», ответил «нет» и при этом вздохнул.

Создается впечатление, что больной реагирует на свою беспомощность в понимании инструкций и их выполнении. Лицо временами становится скорбно-печальным, взгляд останавливается на врачах или дочери. Но при ободряющих фразах появляется улыбка. Уменьшился тонус мышц в правой руке и ноге. Возможны некоторые движения в правой руке (захватывает ею поручень кресла-коляски). Начаты ежедневные занятия — логопедические и лечебной физкультурой. Нарушения речи квалифицированы как моторно-сенсорная афазия.

На 11-й день после шунтирующей операции сидит на кровати, ноги поставлены на стул с короткими ножками, правая нога немного изогнута вправо, заметной эмоциональной реакции на появление врачей не было. Больной смотрит на врачей пронзительно-недоумевающим взглядом, иногда выражающим тревогу, особенно тогда, когда врач задает вопросы. Долго его не понимает. Но при повторении простых малословных вопросов реагирует на них через большие паузы. Выполняет простые инструкции: «поднять руку», «показать правую ногу» (показал сначала левую, а потом правую). Дежурящую около него первую жену не назвал при многократных просьбах. Но, со слов жены,

впервые вчера назвал ее спонтанно и правильно. Ни на один вопрос не дал четкого ответа. Речевые ответы состояли из набора бессмысленных звуков. Только в некоторых словах как бы соответствовали возможному ответу больного.

Понял и правильно выполнил две простых инструкции: показать 1) большой палец и 2) мизинец. Первый вытянул быстро. Просьбу показать мизинец выполнил не сразу, перебрал разные варианты (например, собирал все пальцы вместе и смотрел на них как бы недоумевающе), но многочисленные свои попытки завершил тем, что показал именно мизинец. Стал заметно встревоженным, понимая, как трудно далось ему выполнение этой инструкции. Пока больной не может произнести даже коротких предложений с определенным смыслом. В конце осмотра повторил слово «до свидания», сказанное ему врачом.

На 12-й день после операции утром сидит в постели, настороженно смотрит на вошедших. При обращении врачей: «Доброе утро» ответил медленно: «Здравствуйте». Выполняет, но не сразу и не всегда правильно простые инструкции (поднять ту или иную руку, ногу). Заметно отставание от момента получения словесного задания-инструкции ее выполнение: некоторое время просто сидит, вопрошающе смотрит на врача, а затем через 5–6 секунд делает попытку выполнить просьбу врача. При более сложных инструкциях (например, левой рукой коснуться правого уха) пауза перед выполнением увеличивается — больной начинает тревожиться, озираться по сторонам, меняет положение, привстает, затем все-таки частично выполняет инструкцию (но путает стороны). Пытается больше произносить слова, но застревает на первых слогах, при этом вздыхает, мотает головой, переживает неудачи. Лучше получаются ответы на простые вопросы (отвечает «да» или «нет»), спонтанная речь еще более затруднена.

При КТ головного мозга отмечается дальнейшее уменьшение размеров желудочковой системы до умеренных. Небольшой перифокальный отек.

На 13-й день после операции внимательно смотрит на вошедших врачей. Поздоровался в ответ на приветствие. Не может сказать, кто из родственников возле него находится. Взгляд при этом становится растерянным. При вопросе, помнит ли он одного из врачей, ответил, хотя и не сразу: «да, видел». При просьбе показать большой палец на правой руке задумывается, медленно поднимает левую руку, раскрывает ладонь кверху, смотрит на пальцы, загибает мизинец и затем смотрит на врача. Даже после развернутых подсказок не может выполнить задание.

На 14-й день после операции при МРТ (в сосудистом режиме) определяется западение вещества головного мозга в области костного дефекта, существенное уменьшение размеров желудочковой системы. Поперечный синус слева не визуализируется. При исследовании соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) отмечается выравнивание амплитуды корковых ответов. При транскраниальной магнитной стимуляции отмечается появление моторных ответов в левом полушарии.

Уменьшились ирритация стволово-вестибулярных образований, застойные явления; имеется небольшой отек дисков зрительных нервов с некоторым их побледнением. При транскраниальной допплерографии отмечена тенденция к нормализации кровообращения в обоих полушариях мозга.

На 25-й день после шунтирующей операции активнее занимается с реабилитологами, логопедом. Поздоровался в ответ на приветствие врача, медленно, но правильно произнес «здравствуйте». На вопрос, узнает он врача или нет, утверждает, что узнает. Лучше стал выполнять обращенные к нему инструкции, уже не путает правую сторону с левой.

Сам жалуется на периодические головные боли, показывая при этом ладонью место боли. На лице гримаса страдания.

Оживляется во время беседы, речь становится все более смазанной по мере утомления. Сам жалуется, что ему труднее выговаривать слова, чем понимать кем-то произносимые. Рядом находящуюся дочь называет чаще правильно, путает ее возраст, но сам пытается исправить ошибку, видя недоумение на лице дочери.

Дезориентирован во времени, вместо «февраля 1999 года» называет то «1973 год, сентябрь», то «1974, декабрь». Не мог сказать, когда он родился и сколько ему сейчас лет, но место своего рождения назвал сразу и правильно.
На вопрос о месте нахождения отвечает не сразу, понимает, что не дома, «в какой-то больнице». Как попал сюда, что с ним произошло, где он до этого работал — не помнит.
Эмоциональный фон колеблется между сниженным настроением (особенно при головных болях) и слегка повышенным (когда выговаривает слова и правильно выполняет задания).
Во время сильных головных болей становится раздражительным, отказывается заниматься в зале ЛФК.

В этом наблюдении (больной с выраженной гипорезорбтивной открытой гидроцефалией) прогностически неблагоприятны для восстановления психической деятельности злоупотребление алкоголем, тяжесть ЧМТ, двусторонний характер повреждения, наличие афазии, позднее (свыше 6 месяцев) проявление и стертый характер гидроцефалии, сопутствующие воспалительные осложнения (нагноение костного лоскута, менингоэнцефалит, вентрикулит, двусторонняя пневмония, пролежни), позднее (через 14 месяцев после травмы) проведение шунтирующей операции.

От предыдущих больных (с окклюзионной гидроцефалией) этого больного отличает более стертое начало и медленные темпы улучшения состояния в первые послеоперационные дни. У больного сохранялась сенсомоторная афазия, регресс был незначительным. Положительным можно считать появление эмоциональных реакций на свою беспомощность.

Но все-таки и в этом наблюдении при сравнении психических нарушений до и после шунтирующей операции нельзя не отметить улучшения, пусть и не столь разительного, как у больных с окклюзионной гидроцефалией.

Наблюдение 2.

Больной Р-ко, 46 лет, строитель, считает себя правшой, но две пробы (поза Наполеона и переплетение пальцев) выполняет, как левша, в семье левшей нет. Житель Украины. Работал в Москве на контрактной основе. Черепно-мозговая травма была получена 20.06.98 при падении со второго этажа, ударился головой. Доставлен в 20-ю городскую клиническую больницу в состоянии сопора. Установлены: открытая тяжелая черепно-мозговая травма, ушиб и сдавление мозга тяжелой степени, перелом основания черепа справа, кровотечение из правого слухового прохода, алкогольное опьянение. Зрачки одинакового размера, реакция на свет сохранена, сухожильные рефлексы оживлены справа. Смещение М-эха справа налево на 4 мм.
Удалены субдуральные гидрома (80 мл) — слева и гематома (80 мл) — справа.
При выписке (на 32-й день после ЧМТ): плохо понимает обращенную к нему речь, отмечаются персеверации в собственной речи, некритичен, благодушен. Ходит самостоятельно.
Дома улучшилась речь, ходил в магазин, делал покупки. Через 2 месяца после ЧМТ усилились нарушения речи, дезориентирован, неопрятен в постели мочой и калом. Усилился правосторонний гемипарез.
В НИИ нейрохирургии госпитализирован в тяжелом состоянии через 3 месяца после ЧМТ; И/б 1894/98.
Самостоятельно изменять положение в постели не может. Речевой контакт невозможен: не понимает обращенной к нему речи, собственная речь сведена к невнятным звукам. Неопрятен в постели мочой и калом. Сохраняется правосторонний гемипарез. Пролежень в области большого вертела левой бедренной кости.
На КТ (см. рис. 10.1) — открытая внутренняя симметричная гидроцефалия. Выраженное

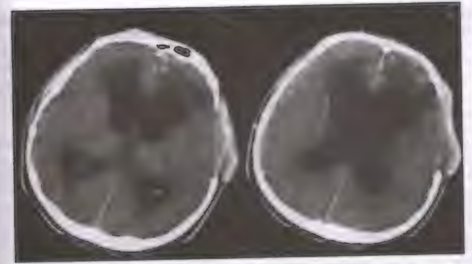


Рис. 10.1. КТ больного Р-ко до операции. Открытая внутренняя симметричная гидроцефалия

расширение боковых, III желудочка и умеренное — IV желудочка. Перивентрикулярный отек передних рогов боковых желудочков. Резкое сужение субарахноидальных борозд, боковых и срединной щелей. Начальная деформация охватывающей и передней цистерн моста. Выбухание мягких тканей в костный дефект левой лобно-височной области, не уменьшающееся в полусидячем положении. Застойные диски зрительных нервов.

Вентрикулоперитонеостомия справа произведена через 4 месяца после травмы.

Через 1 неделю после операции понимает простые, а через 3 недели — почти все инструкции. Начал ходить. Восстановился контроль функций тазовых органов.

На 15-й день после операции — быстро истощается, по мере утомления испытывает трудности в подборе и проговаривании слов, в понимании заданий. Переспрашивает их, но не выполняет. Вместо этого говорит о фактах своей жизни. Будучи неспособным выполнить задание, замолкает, иногда становится растерянным.

На 39-й день после операции может стоять, ходить. В задание включается не сразу. Начинает говорить на посторонние темы. Причиной пребывания в институте считает боли в спине. Ориентирован в месте и времени. Обращенную к нему речь понимает не сразу, после многократных повторений. Быстро истощается. По мере утомления ухудшается речь, учащаются искажения слов и трудности в их подборе.

При одновременном (обеими руками) рисовании с закрытыми глазами левой рукой зеркально нарисовал круги и написал числа.

На полу левой ногой зеркально же «нарисовал» цифру 5, сам этого не заметив.

Сохраняются заметные речевые нарушения. К концу осмотра появляются персеверации, забывает названия слов. Но при этом расслаблен, благодушен, несколько эйфоричен. Некритичен, считает, что мог бы «хоть сейчас» работать прорабом. Восстановилась ориентировка в месте и времени. Мог сам себя обслужить (побриться, умыться). Заметно меньшим стал правосторонний гемипарез.

При поликлиническом осмотре на 83-й день после шунтирующей операции больной узнал врача, имя и отчество считывает с нагрудной карточки на халате. Ориентирован в личной ситуации, в месте и времени. По просьбе врача перечислил некоторые подробности предыдущего осмотра. Спонтанно жалоб не предъявляет. При активных расспросах отмечает периодические головные боли, пошатывание при ходьбе, головокружение, слабость, утомляемость, глухоту и шум в правом ухе. Нормализовался аппетит, бывший повышенным после операции. Сообщает, что сам прокачивает помпу так, как

его «научил» нейрохирург (правильно называет его имя и отчество). Рассказ сопровождает демонстрацией своих действий по прокачиванию помпы.

Собственных воспоминаний о бывшем состоянии нет. Знает о нем от родственников. Помнит лишь о двух последних из четырех проведенных ему операций. О периоде до шунтирующей операции не помнит ничего, частично вспоминает о некоторых случившихся после нее событиях. В ответ на просьбу врача воспроизвести события последней недели перечисляет, чем занимался (помогал по дому — убирался, готовил еду, ходил вместе с женой на рынок). Жена отмечает улучшение запоминания текущих событий.

Обеспокоен своим состоянием, интересуется перспективой возвращения на работу, нет прежнего благодушия.

Грубо ошибается при оценке и воспроизведении временных интервалов. При воспроизведении интервала в 60 секунд останавливает секундомер через 145 секунд. О прошедшем часе больной может сказать, что «прошло всего полчаса».

Зрительный гнозис в целом сохранен. Легко справляется с заданием на определение изображений, где наложены друг на друга очертания различных предметов. Выполнил задание, где на картинках не дорисованы предметы («У одного стола не хватает ножки и еще второго ящика»; «здесь человек копает чего-то лопатой, наверное, а у лопаты нет эта, ну как, деревяшки, что ли?». При подсказке первого слога «че» ответил: «Да, черенка, слово вылетело». «А вот девочка звонит, а у телефона нет провода». На «провокационное» замечание врача, что «сейчас есть телефоны и без провода» ответил: «Да, но ведь этот телефон старый, провод должен быть»). Справился с заданием на обобщение, где нарисованы «животные» и «транспорт». Не сразу выполнил задание по исключению лишнего из четырех предметов. Отмечается снижение уровня обобщений. Объединял: тарелку, чашку и будильник, исключив кружку и пояснив, что «из тарелки можно поесть, из чашки — попить, а по будильнику время узнать, а кружка зачем? она лишняя, чашка уже есть». Правильный ответ дал лишь после разъяснения врача, что «лишними» являются часы, а остальные предметы — «посуда».

К концу осмотра заметно оживился и с интересом выполнил последние задания. По мере утомления учащаются трудности в подборе точного слова.

При КТ (см. рис. 10.2): порэнцефалическая киста в левой височной области. Значительно уменьшились в размерах боковые и III желудочки, но еще сохраняется умеренно выраженная гидроцефалия. Сдавлены конвекситальные субарахноидальные щели. Умеренно

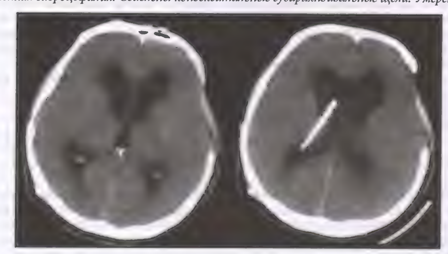


Рис. 10.2. КТ больного Р-ко после операции. Регресс гидроцефалии, исчезновение перивентикулярного отека

сдавлены цистерны основания мозга. По сравнению с предыдущим исследованием имеется значительная положительная динамика.
Обнаруживаются: легкий горизонтальный нистагм в крайних отведениях глазных яблок. Сглажена правая носогубная складка, опущен правый угол рта. Сухожильные рефлексы с рук и ног оживлены, справа несколько больше. Дискоординация в правой руке. Атаксия при ходьбе. Неустойчив в позе Ромберга. Острота зрения: OD=1,0 OS=0,1 — миопия. Глазное дно: диски зрительных нервов розовые, границы четкие. Слева миопический конус. Артерии умеренно сужены. Вены умеренно полнокровны.

В этом наблюдении открытая внутренняя симметричная гидроцефалия развилась в течение первого полугодия после тяжелой ЧМТ. Шунтирующая операция произведена через 4 месяца. Ее эффект довольно высок. Об этом свидетельствует в частности динамика психопатологической симптоматики.

До операции выступали грубые нарушения речи (сенсомоторная афазия), дезориентировка в месте и времени, неопрятность в постели мочой и калом. Они проявились после прояснения сознания.

Вентрикулоперитонеостомия оказалась прогностически благоприятной. Но регресс психических нарушений в этом наблюдении начинает проявляться позже, чем в изложенных выше наблюдениях. Он заметен на 6–7-й день после операции.

Таким образом, после шунтирующей операции восстановление психической деятельности у больного выражалось в: 1) заметном регрессе речевых нарушений; 2) восстановлении: а) близкого к адекватному отношения к выявленным дефектам (озабоченность, переживание дефекта); б) инициативы к действиям; 3) расширении эмоциональных реакций, они стали более адекватными, исчез оттенок эйфории, появился субдепрессивный фон настроения; 4) восстановлении памяти на текущие события. Но сохраняется полная амнезия на обстоятельства травмы и 2-месячный период до шунтирующей операции.

В целом психические нарушения остаются доминирующими в картине болезни, выражаются заметным интеллектуально-мнестическим снижением, легкими речевыми нарушениями и субдепрессивным фоном настроения.

10.2. Окклюзионная гидроцефалия неясного генеза, синдром неопухолевой внутричерепной гипертензии

Синдром внутричерепной гипертензии (ВЧГ) неопухолевого генеза развивается при воспалительных и гнойных процессах пазух носа и внутреннего уха, черепно-мозговой травме, как следствие базального арахноидита (после острых респираторных заболеваний), гормонального дисбаланса (после гинекологических операций), эндокринных нарушений. Реже этот синдром проявляется после приема антибиотиков или отравления (острого и хронического) химическими веществами.

Основные признаки: застойные диски зрительных нервов (с нарушением зрительных функций или без них), отсутствие фокальных неврологических симптомов (при наличии обусловленных внутричерепной гипертензией головных болей) и внутричерепного объемного образования, а также признаков расширения желудочков при компьютерной томографии. К снижению зрительных функций или даже слепоте приводит несвоевременность диагностики и лечения.

В работе Г.А. Габибова и соавт. (1994) проанализировано 85 наблюдений. ВЧГ предшествовали переохлаждение или острые респираторные заболевания, как правило, с гипертермией (28 больных), закрытая ЧМТ «с периодом благополучия» от 1 года

до 6 лет (11 больных). У 2 больных установлено хроническое отравление (аммиаком — у 1 больного, парами ртути — у 1 больной), у 2 последствия ЧМТ, у 1 — осложнение операции по поводу кривошеи после перевязки югулярной вены, у 2 — артериосинусное соустье. Среди всех больных в 3 раза больше было женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Дисменорея в анамнезе была у 21 больной, в сочетании с ожирением — у 14, с опухолевыми образованиями щитовидной железы — у 7; более 4 медицинских абортов — у 29 женщин; туберкулез легких и гениталий — у 1 больной; 10 женщин страдали гипертонической болезнью от 5 до 18 лет, у 4 из них выявлен хронический пиелонефрит. 4 женщины и 1 мужчина перенесли заболевание среднего уха в зрелом возрасте.

На умеренную или интенсивную головную боль жаловались 92% больных. У 2 больных отмечались приступы судорог в руках, у 18 — двусторонний парез отводящих нервов. Другие жалобы — периодические затемнения зрения и снижение его остроты в период от 3 недель до 13 лет после выявления застойных явлений на глазном дне.

Резкое снижение остроты зрения выявлено у 29 больных, у 19 из них — светоощущение с одной стороны, у 10 — с двух сторон.

Отек дисков зрительных нервов резко выражен у 48 больных, умеренно — у 30, лишь легкие признаки стушеванности границ отмечены у 7 пациентов. Четкой зависимости снижения остроты зрения от выраженности отека не выявлено, лишь у 12 больных с выраженным отеком дисков была снижена острота зрения. Более значима связь снижения остроты зрения с длительностью застойных явлений на глазном дне.

При краниографии у 48 больных установлены признаки гипертензии в костях черепа и турецком седле. При КТ — сужение желудочковой системы у 16 больных; уменьшенные размеры субарахноидального пространства — у 27 больных; незначительное расширение базальных цистерн — у 9; понижение плотности в области турецкого седла — у 18 (это трактовалось как ликворная киста или пустое турецкое седло).

Одним из основных диагностических критериев авторы считают повышение ликворного давления: у 81 больного оно превышало 200 мм вод. ст. Чем выше было ликворное давление, тем выраженнее оказалось снижение остроты зрения.

Диагноз «окклюзионная гидроцефалия неясного генеза» формулируется обычно, если у больного имеются клинические признаки окклюзионной гидроцефалии, и данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии подтверждают ее наличие; при этом отсутствуют точно установленные причины ее возникновения.

Психопатологическая картина иллюстрируется следующими наблюдениями.

Наблюдение 1.

Больной Ш-в, 22 года, правша. Находился в НИИ нейрохирургии с 17.08 по 1.09.95 вторично; И/б 1855/95. Переведен из клинической больницы им. С.П. Боткина.

Впервые в ИНХ находился в 1992 году. Известно, что 30.12.92 больному была сделана вентрикулоперитонеостомия справа по поводу окклюзионной гидроцефалии. После выписки из института учился. Затем стал работать продавцом в палатке. В апреле 1995 года женился. Со слов жены, «не любил говорить о болезни»; она считала мужа практически здоровым, хотя при активных расспросах врача отмечает, что движения у него «были как бы неловкими». Состояние было удовлетворительным. В конце июля 1995 года — нарастающие головные боли с рвотой и «выключением сознания». Становился все более вялым, затем сонливым; была икота, и неопрятность в постели мочой. Был госпитализирован в больницу им. С.П. Боткина. Там состояние оценено как крайне тяжелое: кома 1-2, грубая стволовая симптоматика. 4.08.95 поставлен постоянный вентрикулярный дренаж в передний рог правого бокового желудочка. Ликвор выделялся «фонтаном» (анализ ЦСЖ: белок — 0,60, цитоз — 100/3, нейтрофилы — 50, лимфоциты — 10). Состояние улучшилось. Появились элементы сознания, отмечено возбуждение.

Зрачки одинаковой величины. Отдельные нистагмоидные толчки в обе стороны. Легкий тремор при выполнении координаторных проб. 7.08.95 удален вентрикулярный дренаж, произведена ревизия шунтирующей системы со сменой помпы. Через 5 дней после этого состояние вновь ухудшилось. Переведен в НИИ нейрохирургии.

При нейроофтальмологическом обследовании: глазные щели равны, корнеальные рефлексы удовлетворительны; нарушены сведение оси и зрачково-суживающая реакция; ограничен произвольный и рефлекторный взор вверх; ограничены движения обоих глаз кнаружи; в остальных направлениях — движения в полном объеме. Разностояние глазных яблок — правое выше. Острота зрения 0,7 (на оба глаза). При ориентировочном исследовании поля зрения нормальны. Диски зрительных нервов розовые, границы четкие, выраженного полнокровия вен нет. Заключение: симптомы со стороны ствола мозга — среднего мозга, заднего продольного пучка.

При отоневрологическом обследовании: носовые ходы свободны; чувствительность в носу сохранена; запахи ощущает и идентифицирует с обеих сторон. Мягкое небо хорошо подвижно, глоточный рефлекс живой. Вкус сохранен. Слух сохранен. Промахивается обеими руками при координационных пробах. Резко ограничен рефлекторный взор вверх. При попытке взора вверх — конвергирующий спонтанный нистагм. Оптонистагм ослаблен во всех направлениях, временами — конвергирующий. Гиперрефлексия калорического нистагма с 2 сторон, монокулярность, тоничность его. Выявлены стволовые нарушения уровня среднего мозга, гипертензионный синдром.

КТ от 23.08.95: очагового накопления контраста нет; желудочки мозга резко расширены; шунт в правом боковом желудочке; воздух в левом боковом желудочке.

КТ от 10.09.95: желудочки по размеру остались такими же, как при предыдущем исследовании; субарахноидальные щели более контрастны.

МРТ от 12.09.95: на сериях аксиальных и сагиттальных томограмм III и боковые желудочки остаются широкими, несколько асимметричными; выявляется плоскостная хроническая субдуральная гематома в правой заднелобно-теменной области; конец шунта у медиальной стенки правого бокового желудочка; базальные и охватывающая цистерны прослеживаются; сильвиев водопровод не визуализируется в оральных отделах; VI желудочек обычной формы и размеров.

Психическое состояние при поликлиническом осмотре 11.10.95. Привезен в поликлинику института сестрой и женой. Ранее осматривался психиатром две недели тому назад. При настоящем осмотре (по сравнению с предыдущим) больной представляется чуть менее замедленным; в начале беседы даже улыбается. Но сам по собственной инициативе не говорит, ничем не интересуется. Дезориентирован в месте: не знает, где он находится; но при напоминании врача говорит: «да, был здесь... 2 года тому назад». Никаких воспоминаний о его последнем пребывании в институте нет. Не знает времени года: «идет весна». Собственных ошибок не замечает, к ним и вообще к своему состоянию безразличен. Сам ни на что не жалуется. Периодически повторяет движение: правой рукой приподнимает на левой руке рукав свитера. Со слов сестры и жены, больного иногда удавалось включить в домашнюю работу (чистил картошку), прослушивание музыки.

В момент осмотра крайне утомляем. Уже через несколько минут устал. Лицо стало безразличным, перестал улыбаться. Утомляемость еще более заметна при нейропсихологическом исследовании.

Нейропсихологическое исследование (11.10.95): больной во время осмотра вял, сонлив, заторможен. Аспонтанен, инактивен. Эмоционально монотонен, лицо амимичное, глаза полуприкрыты, говорит неохотно, тихим голосом. Критика к своему состоянию снижена, жалоб практически не предъявляет. В месте ориентирован, частично ориентирован во времени (затрудняется в определении даты, текущее время определяет правильно, в оценке временных интервалов ошибается в сторону занижения — оценивает часовой интервал как 30 минут). Неполностью ориентирован в личной ситуации. В ситуации исследования не совсем адекватен: не держит дистанцию, нет адекватной направленности на выполнение заданий исследования, нет заинтересованности в результатах, отсутствует критика к допускаемым ошибкам, быстро истощается.

На фоне истощения становится благодушным.
По данным экспериментального исследования:

- *выраженные нарушения праксиса позы на левой руке, двусторонние нарушения динамического праксиса, больше на левой руке, снижение пространственного праксиса; первичные негрубые нарушения реципрокной координации рук с отставанием левой руки;*
- *двустороннее снижение тактильного гнозиса;*
- *снижение слухового гнозиса в виде переоценки простых единичных и серийных ритмов по слуховому образцу;*
- *легкая фрагментарность зрительного восприятия, трудности идентификации пола и эмоционального выражения лиц персонажей сюжетных картин;*
- *речь, письмо, чтение, счет достаточно сохранны;*
- *выраженные нарушения зрительно-пространственных функций: нарушение самостоятельного рисунка, копирования, конструктивной деятельности, в которых необходимо отметить выраженную недостаточность структурно-топологического компонента и наличие перспективных искажений;*
- *грубые комплексные нарушения памяти преимущественно в звене непосредственного воспроизведения в зрительной модальности, достигающие степени полного распада; смысловая организация материала незначительно облегчает его запоминание; со слов матери, есть трудности воспроизведения текущих событий;*
- *выраженные нарушения мышления в виде трудностей осмысления сюжетных картин, смысловых отрывков, понимания переносного смысла пословиц; снижение уровня обобщения.*

Таким образом, нейропсихологическое исследование выявляет грубые нарушения высших психических функций. На фоне общемозговых симптомов более грубо выступают признаки снижения функционального состояния правого полушария головного мозга.
К медикаментозному лечению (циннаризин, антелепсин на ночь) добавлен амиридин по 1 таблетке утром и днем.
Нейропсихологическое исследование 25.10.95: по сравнению с предыдущим исследованием больной активнее. Охотнее участвует в исследовании, не так быстро истощается. Лицо более живое, мимика более выразительная. Со слов родственников, стал менее сонливым и более активным дома, улучшилась память. Появились попытки правильного определения даты, больной правильно называет время года.
В состоянии высших психических функций отмечается достаточно выраженная положительная динамика в виде регресса нарушений праксиса позы, улучшения пространственного праксиса, слухового и зрительного (в частности лицевого) гнозиса. Несколько уменьшилась выраженность расстройств слухоречевой памяти, в то время как нарушения зрительной памяти остаются на прежнем уровне. Более адекватной стала трактовка сюжетных картин и смысловых отрывков. Увеличение работоспособности больного позволило провести тест дихотического прослушивания, который обнаружил выраженную тенденцию к игнорированию слов, предъявляемых на левое ухо: Кпу +71.
В середине ноября 1995 года от больного ушла жена. Со слов сестры и матери, он «сильно переживал». Стал абсолютно безразличным, большую часть времени лежал в постели. Потом состояние ухудшилось еще больше. Спал целыми днями. Много ел. После еды вновь ложился. Эпизодически, сидя в постели, при матери или сестре, не стесняясь, занимался мастурбацией.
К медикаментозному лечению добавлен ороцетам по 5 мл внутримышечно утром и днем. К концу курса родственники заметили улучшение состояния. Больной стал вставать утром. Иногда даже ходил вместе с матерью в палатку и торговал. Товары и деньги не путал, не ошибался в счете. Но все же оставались снижение инициативы, замедленность в движениях, невыразительность мимики.
Нейропсихологическое исследование 6.12.95: по сравнению с предыдущим исследованием стал более контактным, эмоционально адекватным. Правильно называет дату,

текущее время, несколько ошибается в оценке временного интервала.
По данным экспериментального исследования можно отметить незначительные положительные изменения в состоянии высших психических функций в виде улучшения динамического праксиса и реципрокной координации рук, самостоятельного рисунка; менее выражено снижение уровня обобщения. При этом усилилась тенденция к игнорированию левого уха (Кпу возрос до +89).
Нейропсихологическое исследование 20.12.95: Больной стал более заторможенным, вялым, аспонтанным, инактивным. Наросла истощаемость, снизился мотивационный компонент психической деятельности. По сравнению с предыдущим исследованием несколько усилились мнестические нарушения, в частности в звене отсроченного воспроизведения вербального материала. Остается игнорирование левого уха Кпу +83.
При осмотре 21.02.96 больной значительно живее, активнее. Стал более общительным, охотно вступает в контакт, более оживленно ведет беседу, дает более развернутые ответы вместо обычно односложных, комментирует высказывания матери, пришедшей вместе с ним на обследование. Ведет себя адекватнее в ситуации исследования, хотя по-прежнему не соблюдает дистанцию и не всегда адекватно реагирует, но проявляет больше интереса к исследованию и его результатам. Заметно менее истощаем. Со слов матери, стал гораздо активнее, меньше спит, встает в 8–9 часов утра (раньше спал до 2–3 часов дня), не спит днем, делает попытки возвратиться к прежней деятельности, стал выигрывать у брата в шахматы.
Данные объективного исследования приближаются к уровню, достигнутому 25.10.95, что говорит о некоторых колебаниях в состоянии больного.

В данном наблюдении окклюзионная гидроцефалия неясного генеза проявилась быстрым (в течение 1 месяца) нарастанием астенического синдрома на фоне внутричерепной гипертензии с последующим угнетением сознания до глубокой комы с грубой стволовой симптоматикой.

После установки наружного вентрикулярного дренажа больной вышел из комы, начал выполнять инструкции, затем появилось двигательное возбуждение, а после обеспечения оттока ликвора по шунтирующей системе наблюдалась дальнейшая редукция психопатологической симптоматики; на первый план вышли грубые астенические симптомы (быстрая истощаемость, вялость, сонливость), эмоциональные (бедность и монотонность эмоций) и мнестические нарушения с дезориентировкой в месте и времени, аспонтанностью и анозогнозией.

В результате направленной нейрометаболической терапии (амиридин, ороцетам) были достигнуты общая активизация больного, постепенное восстановление мнестических процессов и ориентировки, но продолжали отмечаться бедность эмоций, снижение инициативы, астенический синдром; по данным нейропсихологического исследования, оставались выраженными нарушения высших психических функций. Отмечались колебания состояния больного при общем медленном постепенном восстановлении.

Следующее наблюдение в целом сходно с вышеописанным, но отличается тем, что развитию гидроцефалии предшествовал эпилептический синдром. Шунтирующие операции приносили незначительный нестойкий эффект, и только эндоскопическая перфорация дна III желудочка (хирург Меликян А.Г.) позволила добиться значительного улучшения психического состояния больной.

Наблюдение 2.

Больная Ч-ва, 32 года, в НИИ нейрохирургии поступила в декабре 1995 года; И/б 2748/96. Замужем с 1981. Долго (в течение 5 лет) не было беременности. Затем родила мальчика. Когда ему было 3,5 года, случайно у горячей плиты обожгли ребенка, и он умер через

месяц. Живет с мужем недалеко от своих родителей. Работает в колхозе экономистом, кадровиком. По характеру добрая, трудолюбивая, не очень общительная (скорее — скрытная), ответственная. Ее домашнее хозяйство всегда было образцовым.

Со слов матери, в течение последних двух лет у больной повторялись приступы. Мать их описывает очень плохо: головокружения, становилась бледной, «теряла память», были как будто «судороги и пена изо рта». Такие состояния повторялись несколько раз. Но больная «всегда очень терпеливая», продолжала работать и к врачам не обращалась до августа 1995 года, когда появились головные боли, потом онемение в области верхней губы и носогубной складки. Жаловалась на головокружения, дурноту. Когда опускала, а затем поднимала голову, эти явления усиливались, возникал еще шум в голове. С того времени (с августа) находилась на больничном листе.

В сентябре обследовалась в поликлинике НИИ нейрохирургии. Установлены застойные диски зрительных нервов. Желудочки мозга не смещены, гидроцефально расширены, дно III желудочка пролабирует в полость турецкого седла. IV желудочек — небольших размеров. Установлен диагноз: окклюзионная гидроцефалия.

С 22.11.95 по 6.12.95 находилась в НИИ нейрохирургии. Произведена вентрикулоперитонеостомия справа. До поступления в институт больная волновалась, ее поведение и переживания были адекватными. Выписалась с улучшением состояния. Оно выражалось в уменьшении головных болей, регрессе застоя на глазном дне.

Резкое ухудшение состояния наступило 21 января 1996 года. Появились резкие головные боли, обильная рвота, после которой из носа стала выделяться желтая жидкость. Стала сонливой. Быстро засыпала. Иногда жаловалась, что «ломит виски», потирала их рукой. Со слов матери, «теряла память». Стала неопрятной в постели мочой и калом.

Ревизия шунтирующей системы 1.02.96.

Через две недели после операции: больная лежит полубоком, издает протяжный звук. Со слов матери, она разволновалась перед мочеиспусканием и после этого стала издавать этот звук. В момент осмотра выполняет инструкции: поднять руку, согнуть ногу. Смотрит на врача, следит за ним. Руками совершает очень мало движений. Они крайне замедлены. Проходит несколько минут, пока больная высвобождает руку из-под одеяла и пожимает руку врача. Лицо амимично.

19.02.96 — ревизия шунтирующей системы.

Через неделю после операции, со слов матери, больная становится беспокойной перед мочеиспусканием. Ночью сама поворачивается, мычит, после того как помочится в постели.

При осмотре: имеются очень слабые и непостоянные проявления активности; иногда, если правую руку положить неудобно, больная начинает медленно двигать ею и ладонь кладет на грудь; питается в основном через зонд, но иногда самостоятельно глотает пищу (как только пища попадает в рот, начинает мычать и одновременно делает несколько глотательных движений).

При осмотре: лежит с полуоткрытыми глазами. Взгляд бессмысленный, обращен вперед. Никаких реакций на вопросы врачей, похлопывания нет.

5.03.96 осуществлена эндоскопическая перфорация дна III желудочка.

13.03.96 удалена шунтирующая система.

Начиная с 25.03.96 появляются слабые признаки активности. Со слов матери, больная выполняет некоторые инструкции (поднимает руку), но редко; несколько раз произнесла: «мама». Остается в постели неподвижной, неопрятной мочой. В течение нескольких последних дней перед мочеиспусканием стала издавать стон.

4.04.96 — при психиатрическом осмотре больная лежит на спине, руки на груди. Глаза открыты. Смотрит на мать и мужа, стоящих у ее ног. За время осмотра создалось впечатление, что больная практически не мигает. Лицо маскообразное, сальное, бледное, амимичное. Со слов матери, вчера больная отвечала на многие ее вопросы. По ее просьбе назвала первый месяц года и дни рождения родственников в этом месяце, второй месяц

года и дни рождения родственников и т.д. Говорила достаточно громко. Быстро устала и, сказав «хватит», замолчала.

Во время осмотра: в ответ на приветствие врача произнесла одними губами (не в голос): «здравствуйте». Правильно назвала возраст свой и мужа. По просьбе врача подняла обе руки и скрестила пальцы. Это движение, как и все другие, выполняла очень медленно. Спонтанных движений не совершает. На этом фоне (амимия лица, акинезия) отмечается быстрая фиксация взора, перевод взора с одного человека на другого, слежение за движениями врача, наиболее часто к ней обращающегося.

Есть различия в выполнении разных инструкций. Неспособна открыть рот, высунуть язык, улыбнуться, нахмуриться. При пассивном открывании рта умеренный тризм.

16.04.96 Со времени последнего осмотра (4.04.96) больная стала отвечать на вопросы как отдельными словами, так и простыми фразами достаточно громким голосом. В течение дня ее вывозят из палаты на сидячей каталке в коридор, к телевизору. Вечерами иногда плачет. По-прежнему нет никакой спонтанной активности: не меняет положения тела в кровати; крайне редко по собственной инициативе обращается к родственникам.

При осмотре: больная сидит в кресле-каталке. Выражение лица безразличное, практически не меняющееся на протяжении беседы (лишь один раз была попытка улыбнуться). На вопросы отвечает медленно монотонным голосом, иногда после длительных пауз. Знает, что находится «в институте, где оперируют… около 2 недель» (на самом деле 3,5 месяца). Текущую дату определяет как «март 1995 года», хотя правильно называет свой возраст. Знает по имени и отчеству и узнает лечащего врача, заведующего отделением. Но в описании внешности затрудняется. Собеседника, с которым встречалась неделю назад, не узнает, говорит, что видит впервые.

На вопрос, чем занималась вчера, больная говорит, что «ходила по улице около института» (самостоятельно не ходит). При просьбе продемонстрировать, как она ходит, говорит: «Сегодня не могу... вчера могла». С замечаниями врача об ошибках соглашается. В постели опрятна; сообщает родственникам о предстоящем мочеиспускании.

Не может воспроизвести несколько раз повторенную врачом за время беседы текущую дату, не помнит даже о просьбах запомнить ее. Нет собственных воспоминаний о последних 4 месяцах. Воспоминания о событиях предшествующего года носят фрагментарный характер.

При осмотре через 30 минут: лежит в постели. Помнит, что встречались сегодня. О чем говорили, сказать не может. На вопросы отвечает еще более медленно, увеличились паузы между вопросами и ответами. Текущий час определяет с ошибкой на 1–1,5 часа. Текущие год и месяц называет правильно.

В приведенном наблюдении клиническим проявлениям окклюзионной гидроцефалии неясного генеза (нарастающий синдром внутричерепной гипертензии, вегетативные нарушения) предшествовал эпилептический синдром.

После шунтирующей операции состояние больной несколько улучшилось, однако вскоре усилилась головная боль, которая сопровождалась рвотой, ликвореей, затем наступило угнетение сознания до уровня глубокого оглушения.

После ревизии шунтирующей системы состояние больной характеризовалось отсутствием спонтанных движений и высказываний при возможности некоторых движений в ответ на просьбу врача, резким замедлением подсказанных врачом движений, отсутствием речи. В целом состояние было близким к акинетическому мутизму. Отличалось от него только выполнением некоторых инструкций.

После эндоскопической перфорации дна III желудочка, проведенной в связи с неэффективностью установленной шунтирующей системы, расширился контакт — появилась речь, больная стала выполнять все более сложные инструкции. К третьей неделе после операции на фоне продолжающейся реинтеграции сознания отмечены: грубая

аспонтанность, замедленность всех психических процессов, неточность ориентировки во времени, снижение памяти на текущие события; конфабуляторные высказывания некритичность, затруднение концентрации внимания; истощаемость, конградная амнезия на период около 4 последних месяцев.

10.3. Особенности гидроцефалии у детей

(Стасевич Е.М.)

Ведущим в клинической картине гидроцефалии у детей является нарушение психомоторного развития. Степень психических нарушений во многом зависит от выраженности гидроцефалии и сроков ее появления.

У детей раннего возраста наблюдаются увеличение окружности головы, увеличение и выбухание родничков, деформация черепа с выступающими лобными и теменными буграми, расширение подкожной венозной сети в лобно-височной области, возможно расхождение швов черепа. Больные дети часто беспокойны, плохо прибавляют в весе. Может наблюдаться тремор рук, ног, подбородка. Ребенок позже начинает удерживать головку, не реагирует на игрушки, не улыбается и не гулит, позже начинает сидеть, ходить и говорить. В дошкольном возрасте такие дети испытывают сложности с воспроизведением услышанных рассказов, с трудом усваивают правила новых (особенно развивающих) игр, они менее любопытны. Отмечается повышенная зависимость от старших, дети часто обращаются к ним за помощью, производя впечатление открытых, доброжелательных и ласковых.

При развитии гидроцефалии в школьном возрасте больные испытывают трудности в обучении, больше времени уделяют подготовке к урокам, быстро утомляются, однако даже после отдыха вскоре устают снова, перестают интересоваться учебой, окружающим, не помогают дома по хозяйству из-за нарастающей утомляемости, вялости и сонливости. Наряду с общим отставанием в психомоторном развитии могут быть хорошо развитыми некоторые психические процессы: хорошая механическая память, способность к счетным операциям, музыкальный слух. При этом отдельные дети добиваются хороших результатов в арифметике, занятиях музыкой, рисованием.

При несвоевременной диагностике гидроцефалии нарастают интеллектуальные (расстройства внимания, мышления, памяти), личностные (бедность эмоциональных проявлений, аспонтанность, анозогнозия) и астенические нарушения.

Неврологические расстройства при гидроцефалии проявляются парезами, параличами, повышением сухожильных рефлексов, нарушением статики и координации. Кроме того, выявляются глазодвигательные нарушения: нистагм, косоглазие, неравномерное стояние глазных яблок при взоре вверх. На глазном дне определяются застойные диски зрительных нервов. Реже наблюдается поражение слуха. Для окклюзионной гидроцефалии типичны пароксизмальные кризы с приступами сильнейшей головной боли, часто сопровождающейся тошнотой, рвотой и вегетативными нарушениями (бледность кожных покровов, брадикардия).

Для иллюстрации приводим следующее клиническое наблюдение.

Больная Б-ва, 11 лет, учащаяся 5 класса, жительница Ингушетии.

Поступила в НИИ нейрохирургии 06.05.02 с диагнозом: окклюзионная гидроцефалия; № И/б 1363/02.

Ребенок от третьей беременности, которая протекала с токсикозом (тошнота, рвота, отеки), угрозой прерывания. Роды — преждевременные, через естественные родовые пути, затяжные, с длинным безводным промежутком. Окружность головы при рожде-

нии 35 см. С рождения наблюдается у невролога. Диагноз: гипертензионно-гидроцефальный синдром (увеличенные размеры головы, постоянный плач, беспокойство, судорожный синдром — гипертонус в ответ на повышение температуры тела, сниженный аппетит). С младенчества — отставание в психомоторном развитии: не гулила, не реагировала на игрушки, голос матери; стала удерживать голову с 6 месяцев (норма — с 1 месяца), переворачиваться — с 9 месяцев (норма — с 3 месяцев), сидеть — после года (норма — с 6 месяцев), ходить и говорить — после 6 лет (норма — с 12 месяцев).

В возрасте 2 лет — ЧМТ с потерей сознания и последующим лечением по месту жительства. Периодически получала курсы дегидратационной и ноотропной терапии. Однако состояние постепенно ухудшалось: нарастала утомляемость, головная боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой, стал более развернутым судорожный синдром, снизились зрение и слух, появилась постоянная сонливость. В школе занималась в классе коррекции, но в последнее время перестала усваивать даже простейший материал. Самообслуживание на минимальном уровне: сама ест, пьет, пользуется ложкой и вилкой, умывается, принимает душ (под присмотром), одевается (кроме обуви). По хозяйству не помогает; круг общения ограничен родственниками и детьми более младшего возраста. Играет с куклами, мягкими игрушками, гуляет во дворе. По характеру добрая, ласковая, молчаливая.

При поступлении в институт жалобы (со слов матери) на постоянную головную боль, усиливающуюся при нагрузках (даже минимальных), тошноту, рвоту, судорожные припадки с клоническим и тоническим компонентами длительностью до минуты, частотой 2 раза в месяц, снижение зрения, больше на левый глаз, слуха, больше на левое ухо, повышенную утомляемость, вялость, сонливость и снижение аппетита.

При осмотре — девочка заторможена, лицо маскообразное. Во время беседы практически все время молчит, изредка дает односложные ответы то на русском, то на родном языке, в основном «да», «нет», или кивает головой; между вопросом и ответом — длительные паузы. Многие вопросы оставляет без внимания, никак не реагируя на обращенную к ней речь. С подсказками называет год, месяц. Во время осмотра проведено тестирование. Большинство заданий выполняет правильно после длительных пауз, предварительных пояснений и многократных повторов инструкций (иногда с пояснениями матери на родном языке), некоторые — не понимает. Во время тестирования жалуется на головную боль. Нет заинтересованности в хороших результатах. Быстро утомляется. По данным экспериментального обследования отмечаются грубые нарушения когнитивных функций (баллы за выполнение отдельных тестов: внимание — 0, память — 4, мышление — 5). В тесте оценки и воспроизведения временных интервалов допустила 93,75% ошибок, создается впечатление, что не знает, что такое минута, секунда. При дихотическом прослушивании: Кпу –22,2, Кпрод 11,3, Кэф 71,4.

07.05.02 Проведена эндоскопическая перфорация дна III желудочка.

14.05.02 (7-й день после операции): самостоятельно (с небольшой помощью матери) рассказывает о периодически возникавшей головной боли в первые три дня после операции, чаще утром, однократной тошноте и рвоте (на момент осмотра головная боль не беспокоит). Отмечает улучшение зрения и слуха. Контакт расширился, достаточно быстро дает односложные ответы, соответствующие смыслу заданного вопроса, иногда молчит, на уточняющие вопросы не отвечает (создается впечатление, что девочка понимает смысл заданного вопроса, однако, стесняясь, замыкается в себе). Правильно называет больницу, в которой находится; с подсказками — год; путается в определении времени года. Называет фамилию, имя, отчество лечащего врача. Инструкции выполняет правильно, быстро, иногда с предварительными пояснениями. Эмоциональные реакции несколько обеднены, но может улыбнуться на шутку врача. Заинтересованности в беседе не проявляет. Со слов матери, в отделении достаточно активна, играет с детьми, с игрушками, смотрит телевизор. Результаты тестирования: внимание — 6, память — 16, мышление — 5. Процент ошибок в тесте оценки и воспроизведения

временных интервалов равен 56,25%. При дихотическом прослушивании: Кпу +9,1, Кпрод 13,8, Кэф 76,0.

В приведенном наблюдении гидроцефалия проявилась грубым отставанием в психомоторном развитии, эпилептическим синдромом. В результате эндоскопической операции состояние ребенка значительно улучшилось: купировались головная боль, тошнота и рвота, улучшились зрение и слух, расширился контакт, стала активнее. Динамика проявилась и в результатах тестирования: возросли показатели внимания и памяти, значительно снизился процент ошибок оценки и воспроизведения временных интервалов, стал положительным коэффициент правого уха, увеличились коэффициенты продуктивности и эффективности.

Эти положительные изменения, отмеченные уже через неделю после операции, позволяют надеяться на сокращение отставания девочки в психомоторном развитии. Однако полностью его ликвидировать вряд ли удастся в связи с поздними диагностикой и оперативным вмешательством по поводу гидроцефалии, в результате чего психическое развитие больной долгое время проходило в неблагоприятных условиях внутричерепной гипертензии и гидроцефалии.

Глава 11

Паркинсонизм

Доброхотова Т.А., Засорина М.А.

Дж. Паркинсон в 1817 году написал свое знаменитое «Эссе о дрожательном параличе». Основными проявлениями болезни автор считал дрожание и слабость. «Существуют легенды о наличии этой болезни у самого Паркинсона и облегчении ее течения после возникшего у него центрального гемипареза» (Голубев В.Л. и соавт., 1999). Шарко (1880) предложил назвать это заболевание болезнью Паркинсона. В начале XX века Бриссо (1909) ввел термин «паркинсонизм», или «синдром паркинсонизма». Эти три термина прочно вошли в литературу.

Встречается с частотой 1:1000, а у пожилых — 2:1000 (Peterson G.M. et al., 1988). Носит прогредиентный характер. Различают следующие стадии заболевания: 1) начальных проявлений в одной конечности; 2) гемипаркинсонизма, когда начальные проявления возможны уже и на противоположной конечности; 3) двустороннего поражения с выраженной картиной; 4) практически полной обездвиженности (Кандель Э.И., 1965). Кроме того, выделены группы этой патологии: 1) болезнь Паркинсона; 2) симптоматический паркинсонизм: токсический — обратимый и необратимый — нейролептический (Флейс Э.П., 1970; Friedman A. et al., 1988); 3) «паркинсонизм плюс» — группа дегенеративных заболеваний (наследственных и спорадических), в клинической картине которых встречается паркинсонизм (Голубев В.Л. и соавт., 1999).

Поскольку паркинсонизм возникает при многих заболеваниях, и его клиническая картина во всех случаях схожа, принято считать, что его развитие связано с повреждением одних и тех же структур — дегенерацией нейронов ядерных образований экстрапирамидной системы.

Главной в клинической картине считается триада: тремор, мышечная ригидность, акинезия. Тремор как первый симптом заболевания наблюдается у 50–56% больных; проявляется на одной стороне дистальной части конечности, чаще руки. Различают; 1) тремор покоя; 2) постуральный тремор (дрожание появляется в положении сидя, стоя и усиливается при произвольных движениях); 3) тремор действия (возникает при произвольном движении); 4) интенционный тремор (возникает при целенаправленном движении, усиливаясь по мере приближения к цели).

У 30–35% больных первым симптомом является ригидность, которая проявляется сопротивлением пассивным движениям в крупных суставах. Мышечный тонус изменен по типу восковой ригидности или «зубчатого колеса».

Акинезия–гипокинезия выражается в уменьшении спонтанной активности. Во врачебной практике акинезия определяется еще как состояние, проявляющееся снижением динамики движений, общим падением моторных функций и двигательной инициативы (БМЭ, 1977, т.6, с.620). Картина акинезии наиболее характерна для паркинсонизма: больной неподвижно лежит или сидит в постели; он испытывает состояние общей скованности, моторика его чрезвычайно ограничена, произвольные движения замедлены, склонны к застыванию, лицо маловыразительно, маскообразно. В связи с двигательной задержкой изменяется почерк: больной пишет медленно мелким почерком (микрография). Особенно затруднено начало движения. С течением времени обеднение движений нарастает до полной обездвиженности.

Помимо триады характерны: 1) микробазия (уменьшение длины шага и семенящая походка); 2) нарушения мимики (лицо становится менее выразительным и в конце концов почти неподвижным); 3) расстройство речи (теряются выразительность, интонационные нюансировки высказываний) и письма.

Обратившие внимание на микробазию Ж.М. Глозман, К.Г. Бичева (1997) ссылаются на Л.С. Выготского и А.Р. Лурия, считавших возможной ее компенсацию «на основе перестройки функциональных систем, обеспечивающих двигательную деятельность, переноса ее с подкоркового уровня на уровень коры, т.е. включения непроизвольно регулируемого навыка ходьбы в произвольно регулируемую деятельность». Метод основан на использовании внешних опор (полосок бумаги), перешагивая которые больной может увеличить длину шага. Программа реабилитационных занятий включает три этапа: 1) констатирующий, когда определяется исходная длина шага и степень микробазии (по сравнению с нормативными); 2) тренирующий, предусматривающий постепенное увеличение расстояния между внешними зрительными маркерами; 3) этап интериоризации, где происходит постепенная замена маркеров их мысленным представлением, то есть переход от внешней регуляции ходьбы к собственной внутренней регуляции. Вместе с преодолением микробазии активизировалась психическая деятельность, снижались брадикинезия и брадифрения.

Многое из изложенного относится к целостной психомоторной деятельности. Как проявление психопатологической симптоматики может рассматриваться исчезновение способности управлять собственными движениями, скоростью их реализации, достижения цели, то есть утрата произвольного их начала.

С этим главным расстройством неразрывно связаны такие психические нарушения как замедление речи, исчезновение просодических ее характеристик, невыразительность мимики. Застывшее выражение лица больного только подчеркивает, какое значение имеют двигательные возможности мимических мышц в выражении эмоций.

W. Danielczuk (1986), описавший психические нарушения при паркинсонизме считает, что они могут быть обусловлены как самим паркинсонизмом (брадифрения), так и антипаркинсоническими препаратами. Начальные признаки психоза (аффект страха, растерянность, бессонница, галлюцинаторно-параноидное состояние с нарушением ориентировки) им отмечены у 20% амбулаторных и 2/3 больных с тяжелой формой паркинсонизма. Они успешно лечились снижением доз антипаркинсонических и назначением нейролептических препаратов. Автор полагает, что слабоумие при паркинсонизме не столь выражено, как при сенильной деменции; его развитию способствует «когнитивная депримированность, особенно при ригидно-акинетической форме паркинсонизма». Когнитивные расстройства, достигающие степени «глубокой деменции», G. Ransmayr (1986) отметил у 15% пациентов. R. Mayeux et. al. (1986) у 47% больных наблюдали депрессии, у 40% — расстройства сна, утомляемость, «потерю самоуважения». Кроме того, возможны другие собственно психические нарушения: неврозоподобные, психотические состояния и др. Они, к сожалению, недостаточно изучены.

Психические нарушения могут быть в числе первых симптомов заболевания. В ряде случаев они могут быть настолько выражены, что больные (или их родственники) вынуждены обратиться к психиатру как к первому из врачей. Приведем соответствующий пример.

Больной С-н, 60 лет, правша. Поступил в НИИ нейрохирургии с диагнозом: дрожательно-ригидная форма паркинсонизма III степени; И/б 84258/92.

Со слов жены, в течение трех последних (перед поступлением в институт) лет больной наблюдался у районного психиатра. Поводом к обращению именно к психиатру были «плохое настроение», раздражительность, бессонница. Больной ограничил контакты, мало общался со знакомыми. По назначению психиатра в течение 3 лет принимал

амитриптилин. Но в силу все более явных признаков дрожательно-ригидной формы паркинсонизма обратился в НИИ нейрохирургии.
14.01.82 произведена стереотаксическая деструкция в области вентроорально группы и zona inserta левого зрительного бугра.
На 2–3-й день после операции резко изменилось поведение больного. Стал беспокойным. Однажды ночью вскочил с постели и стал бегать по палате. Резко ухудшился сон. Практически не спит по ночам. Тревожен, напряжен, плаксив. Постоянно подзывает к себе врачей, высказывает много жалоб, в частности на боли в сердце, руках.
На 14-й день после операции во время осмотра психиатра утром лежит в постели, зовет к себе персонал. Жалуется: «Мне плохо... будет поздно, если сейчас что-то не предпримете». На гиперемированном лице больного — выражение тоски, тревоги, беспокойства. Обе руки дрожат так сильно, что больной сотрясается вместе с постелью. При расспросах все быстро понимает, правильно отвечает на вопросы. Ориентирован. Безошибочно называет текущие день недели, месяц, число и дату операции. Узнает и правильно называет лечащего врача. Помнит все происходящие вокруг него события. Назначен амитриптилин по 25 мг 3 раза в день и феназепам утром и днем — по 1 мг, вечером — 2 мг.
При осмотре на следующий день сообщил, что спал ночью «лучше, хотя не очень хорошо». В момент беседы лежит спокойно. На вопросы отвечает по существу, правильно. Помнит и правильно называет врача-психиатра. Нет той тревоги, внутренней напряженности, страха, что были вчера. Но при разговоре быстро устает. Сам просит закончить осмотр, предварительно поблагодарив врача.

В этом наблюдении в картине болезни наряду с акинетико-ригидной формой паркинсонизма грубо выражены психопатологические проявления. Они были столь явными, что родственники сочли необходимым обратиться в первую очередь к психиатру. На первый план выступал тревожно-депрессивный синдром с бессонницей. Он занимал главное место в начале болезни. Больной в течение 3-х лет наблюдался психиатром. Лечение антидепрессантами и транквилизаторы со снотворным эффектом оказывали успокаивающее влияние на больного. Но в связи с нарастанием неврологической симптоматики вынужден был обратиться в НИИ нейрохирургии.

Остается почти не изученным вопрос о возможном развитии паркинсонизма у лиц с определенными индивидуальными особенностями, среди которых и профиль функциональной асимметрии. Среди больных, изученных разными авторами, наверное, должны бы быть, имеющие, в частности, признаки левшества. Возможным представляется предположение о более частом развитии паркинсонизма у лиц с признаками левшества. Но этот вопрос остается не просто не изученным, а часто в литературе вообще не упоминается. Среди доступных нам литературных источников мы не нашли работ, в которых учитывалось бы в числе индивидуальных свойств больных, страдающих этим недугом, профиль функциональной асимметрии. Есть лишь некоторые указания на сторону поражения мозга. Так, В.А. Абзолеев (1995) пишет о «заинтересованности церебральных структур левого полушария и изменениях в психоэмоциональной сфере, отражающей дисфункции главным образом левой половины мозга».

В своей книге «Болезнь Паркинсона и синдром Паркинсона» В.Л. Голубев, Я.И. Левин, А.М. Вейн (1999) выделяют раздел «Паркинсонизм и проблема межполушарных взаимоотношений». Они предполагают особую заинтересованность срединных структур мозга, «отражающих, по-видимому, формирование своеобразных условий межполушарного взаимодействия». Авторы пишут, что правосторонние формы гемипаркинсонизма встречаются «несколько чаще» левосторонних, что совпадает с изложенным выше взглядом В.А. Абзолеева (1995). Но подробной оценки профиля функциональной асимметрии как индивидуального признака больного и его значения в развитии паркинсонизма не приводят.

По стороне гемипаркинсонизма нами были сформированы две группы больных, в каждой по 4 человека. Первую группу составили больные с правосторонним, вторую — с левосторонним гемипаркинсонизмом. Обнаружилось, что все больные второй группы имели признаки левшества. Поэтому представляется не просто целесообразным, а обязательным в числе индивидуальных особенностей больных паркинсонизмом определять профиль функциональной асимметрии. По всей видимости, это позволит не только выявить возможные различия в картине паркинсонизма, но и изучить реакции больных (правшей и левшей) на антипаркинсонические средства.

Если исходить из сравнительного изучения различных заболеваний мозга у правшей и левшей, оправданным представляется ожидание у левшей иных, чем у правшей, проявлений самого паркинсонизма и реакции на применяющиеся для лечения больных средства.

Приведем пример.

Больной С-в, 43 года. Поступил в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко с диагнозом: акинетико-ригидная форма паркинсонизма, III степени; И/б 414/93.

В данном наблюдении нет полного исследования профиля асимметрии. О частичном левшестве (леворукости) больного можно судить лишь по выполнению специальных мануальных проб (переплетение пальцев, аплодирование).

Первые симптомы заболевания проявились в 1984 году в виде затруднения при переносе левой ноги, неустойчивости при ходьбе, латеропульсии. В 1986 году возникли явления брадикинезии, преимущественно слева. С 1988 года начал регулярный прием антипаркинсонических препаратов — циклодол по 1 таблетке 3 раза в день, наком по 1 таблетке 3 раза в день. Начало действия накома — от 1,5 до 3 часов, продолжительность его эффекта — от 1 до 1,5 часов. Начало действия препарата (ON-эффект) не всегда было плавным. Иногда ON-эффект возникал внезапно или двукратно, иногда же требовалось увеличение дозы накома в 2 раза из-за отсутствия ON-эффекта от однократной дозы.

При поступлении в институт в статусе больного на первый план выступал акинетико-ригидный синдром в виде практически полной обездвиженности вне действия накома. Иногда проявлялся среднеразмашистый тремор обеих кистей, больше левой. На фоне действия препарата брадикинезия и ригидность полностью регрессировали, резко уменьшался тремор. Возникали, однако, медикаментозные дискинезии, преимущественно в левой руке и мышцах шеи в виде хореоформных гиперкинезов. Обращал на себя внимание субдепрессивный фон настроения с плаксивостью.

16.02.93 больному была проведена стереотаксическая трансплантация эмбриональной дофаминэргической ткани среднего мозга в головку хвостатого ядра и скорлупу справа. В первые 3 дня после операции отмечалась выраженная положительная динамика в виде уменьшения тяжести состояния вне действия накома, появления «приятной легкости в теле», снижения брадикинезии, уменьшения степени выраженности медикаментозных дискинезий, увеличения длительности действия накома с 1,5 часов до 3–3,5 часов. В дальнейшем отмеченные признаки улучшения состояния уменьшились и исчезли. Но эффект операции, выразившийся в удлинении времени действия накома, остался сохранным.

В приведенном наблюдении обращают на себя внимание следующие особенности: возникновение у больного с частичным левшеством левостороннего гемипаркинсонизма; сочетание акинетико-ригидных расстройств с психопатологической симптоматикой, в частности с субдепрессивным синдромом; индивидуальные, отличающиеся от стандартных, временнáе параметры действия накома в дооперационном периоде; быстрое, но оказавшееся кратковременным улучшение в послеоперационном периоде, выражавшееся как в редукции акинетико-ригидного расстройства, так и в значительном удлинении периода действия накома.

Глава 12

Редкие формы патологии мозга

Доброхотова Т.А.

В этой главе представлены два вида редкой нейрохирургической патологии — краниопагия и сочетание аденомы гипофиза с болезнью Педжета.

В первом случае проиллюстрированы возможности современной нейрохирургии, позволившие осуществить прямое разделение сросшихся голов сиамских близнецов — двух годовалых краниопагов (девочек); описано их приспособление к раздельному существованию, прямохождению, развитие разных сторон психической деятельности, адекватного эмоционального поведения.

Во втором — приводится редкое сочетание аденомы гипофиза и болезни Педжета у 76-летней больной. Клинически это проявлялось нарастающими психическими нарушениями, напоминавшими картину старческого слабоумия (болезни Альцгеймера).

12.1. Краниопагия

Термин «краниопагия» (от греч. *Kranio* — голова и *pagus* — вместе) предложен немецким тератологом Форстером (Forster, 1865). Сиамские, то есть сросшиеся различными частями тела близнецы, рождаются в 10,25 случаев из миллиона родов (Edmonds L.D. et al, 1982); среди них сросшиеся головами составляют 2–6% (Robertson E.G., 1953).

В.М. Угрюмов и соавт. (1964), ссылаясь на Робертсона, приводят следующие цифры: из 117 сросшихся близнецов 86 были торакопагами и только 2 — краниопагами. Здоровые близнецы рождаются в среднем одна пара на 80 родов, сиамские близнецы — 8,2 на 10000 родившихся близнецов, краниопаги — 5 на 100000. Впервые краниопаги описаны в 1495 году S. Munster (по В. Фридриху, 1985): в Германии родились сестры, сросшиеся лобными областями; они прожили 10 лет; когда одна умерла, другая была отделена, но прожила лишь 3 дня. В мировой литературе описано более 80 краниопагов (Загорский П.А., 1832; Наранович П.А., 1871; Вотинцев В.А., 1966; Caneron H.C., 1928; Sapinski W., Powlicki M., 1966; Wolfowitz J. et al., 1968). В их число входят краниопаги не подвергшиеся операции (Todorov A.B. et al., 1974), скончавшиеся во время операции по разделению их голов (Угрюмов В.М. и соавт., 1964) или сразу после операции.

Существуют различные классификации краниопагии: 1) частичная — мозг одного близнеца отделен от мозга другого костью или твердой мозговой оболочкой; 2) полная — мозг каждого из близнецов расположен в общем эндокраниуме (O'Conell J.E., 1968). Автор выделяет еще 3 варианта по расположению голов относительно друг друга: 1) в одном направлении; 2) повернуты по отношению друг к другу на 140–180°; 3) повернуты под прямым углом.

K.R. Winston (1987) выделяет 4 типа краниопагии: 1) мозг близнецов разделен костями черепов; 2) твердой мозговой оболочкой; 3) паутинной и мягкой мозговыми оболочками; 4) сращение мозга одного ребенка с мозгом другого (в месте сращения граница между мозгом каждого из близнецов отсутствует).

Сращение голов может происходить в лобных, височных, затылочных и, чаще, в теменных областях.

В мировой литературе описаны 33 операции по разделению краниопагов (Коновалов А.Н., Вайчис Ч.М., 1991). Первая операция осуществлена в Германии в 1505 году Munster. В 1928 году в Англии H.C. Caneron попытался разъединить сросшихся теменными областями сестер; девочки скончались на операционном столе. В Англии же в 1964 году разделены краниопаги, один из них умер. Из краниопагов, оперированных ранее описываемой нами пары, выжили 8 пар; в 11 парах — один из близнецов. Умирали близнецы во время операции (Caneron H.C., 1928), через 3 часа после операции (Barbosa A., 1949), на 8-е сутки умер один, вскоре — другой (Zeiter K., 1932). В 1991 году австрийский нейрохирург Коос успешно разделил ливийских близнецов Хасана и Салема, не достигших еще возраста 4 лет, которые были соединены затылками; он высказал предположение, что они будут подрастать как обычные дети, не отставая в физическом и умственном развитии.

В России в 1968 году в Нейрохирургическом институте им. А.Л. Поленова была проведена операция по разделению шестилетних краниопагов Славы и Вовы, родившихся в Хабаровском крае от 10-й беременности у 28-летней матери. У мальчиков было сращение костей черепов при сообщении субарахноидальных пространств и кровеносных сосудов одного мозга с другим. Оба близнеца скончались во время операции.



Рис. 12.1. Краниопаги Слава и Вова (из книги В.Н. Касаткина «Теория сновидений», 1972)

В литературе подчеркивается сложность анестезиологического обеспечения хирургического разделения краниопагов (Салалыкин В.И. и соавт., 1990).

Описывая краниопагов, авторы обращают внимание на несходство близнецов. Они могут различаться по чертам лица, величине тела, сердечной деятельности, особенностям двигательной активности, эмоциональной сферы, речи. Такие близнецы развиваются и ведут себя по-разному, могут есть и спать в различное время. Так, 24-летние краниопаги в наблюдении A.B. Todorov (Todorov A.B. et al., 1974) отличались друг от друга многими чертами: одна была правшой, другая — левшой, одна в 9-летнем возрасте перенесла краснуху, другая оставалась здоровой, различным был и менструальный цикл; кроме того, они интересовались разными видами деятельности.

Отличались друг от друга и уже упомянутые Слава и Вова: один сердился, плакал, другой был спокойным и утешал первого; один просил есть, другой — не хотел; у одного — рвота, у другого — нет. Вова был подвижным, иногда обижал Славу. Засыпали

дети и пробуждались в разное время. Несходными были и сновидения (Касаткин В.Н., 1972); только раз они отмечались одновременно, но по содержанию были различны: Вова «гулял зимой на улице», а Слава «был дома, ездил с отцом на тракторе». Отмечена и различная биоэлектрическая активность мозговой деятельности.

В.А. Вотинцев (1966) наблюдал девочек — Таню и Олю, родившихся со сращенными в теменных и частично в лобно-затылочных областях головами. Автор говорит о самостоятельности жизни девочек на основе различий: 1) формулы крови; 2) температуры (могла быть нормальной у одной; у другой — 37,5) и 3) поведения: одна засыпала, другая бодрствовала, была плаксивой.

Нервно-психическое развитие краниопагов до и после успешного разделения

В литературе почти нет работ, где описывалось бы нервно-психическое развитие краниопагов до и после разделения их голов. Поэтому представляется интересным наблюдение над Виталией и Вилией, родившимися 30.07.87 года в г. Алитусте (Литва) и подвергшимися операции по разделению в Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко 06.07.89. Нервно-психическое развитие девочек после операции прослежено в течение 6,5 месяцев.

Девочки родились от второй беременности у 26-летней матери. Первым у нее родился здоровый сын. В семейном анамнезе — гетерозиготные близнецы у бабушки. Отцу близнецов 27 лет. Оба родителя здоровы. Вредных привычек не имеют.

Беременность протекала в основном нормально. Но в первые 5–6 недель у матери было острое респираторное заболевание с высокой (до 39°) температурой. Она принимала тетрациклин, сульфаниламиды, аспирин. Во второй половине беременности — отеки на ногах, низкий уровень гемоглобина крови.

Двойня не диагностирована во внутриутробном периоде. Роды начались на неделю раньше срока с ранним отхождением вод, в родовых путях появилось три ножки. Была изменена тактика родовспоможения. Роды разрешены кесаревым сечением. Недоношенные, гипотрофичные девочки общей массой в 3200 г родились сросшимися теменно-лобными областями голов. У Вилии отмечалась кратковременная асфиксия. На 12-е сутки переведены в отделение для недоношенных. Вскармливались через зонд.



Рис. 12.2. Общий вид девочек-краниопагов. Виталия слева, Вилия справа

Хорошо набирали в весе: на 12-е сутки — 5 кг, а к концу первого года жизни — 15 кг. Вилия, перенесшая асфиксию, оставалась более слабой, чем Виталия; часто плакала.

Впервые мать увидела девочек в 5-месячном возрасте, когда по ее словам, их «взгляд был осмысленный». Девочки научились дифференцировать окружающих, ухаживавших за ними сестер, нянек, тянулись к детям — соседям по палате. Оживлялись при их появлении, улыбались, тянулись к игрушкам, гулили, активно следили за всеми, кто попадал в поле их зрения.

Первые слова (по-литовски) — «мама», «папа», «ляля» произнесла после 10 месяцев Вилия, позже — Виталия. Но у Виталии запас слов в последующем расширялся быстрее.

Девочки становились беспокойными, когда подходило время их кормления. Если начинали кормить одну, другая кричала. Поэтому персонал приспособился кормить их одновременно. Лучше ела, быстрее развивалась физически Виталия.

Из-за соединенности голов возможности двигательного развития девочек были ограниченны. Относительно более удобной была поза тела и головы Виталии. Она лицом была обращена вниз, а Вилия — в сторону. Когда девочки лежали, их тела, ноги были ориентированы в разные стороны. К концу первого года жизни девочки могли переворачиваться в постели, затем вставать на четвереньки и научились передвигаться. При ходьбе Виталия лучше опиралась на ножки, а Вилия шла, то сгибая ноги, то «вставая на цыпочки». При ходьбе Виталия смотрела вниз и вперед, Вилия — в сторону. Они не видели лица друг. Проявились разные черты характера. Виталия была «лидером». Она была активнее. Первой начинала поворачиваться, садилась, вставала на ножки и шла. Вилия же была «подчиненной», в ответ на активность Виталии начинала плакать, но вынуждена была вместе с ней вставать и идти. Засыпали близнецы иногда одновременно, иногда одна могла уснуть, а другая лежала с открытыми глазами, продолжая играть. Одна из девочек могла кричать, плакать, другая оставалась спокойной. К 1,5-годовалому возрасту расширился их интерес к окружающему. Они гладили пальцами детей, которых к ним подносили, приговаривали: «ляля». Играли в куклы. Но игра происходила спокойно лишь в случае, если у каждой была своя кукла. Иногда играли друг с другом: одна из них могла засунуть палец в рот другой.

В 3-месячном возрасте (17.09.87) девочкам проведено селективное ангиографическое исследование. Предположена независимость мозгового кровообращения. Это предположение подтверждено 12.04.89 правосторонней каротидной ангиографией. В артериальных фазах контрастировались несвязанные (не анатомизирующиеся) между собой и неизмененные бассейны внутренних сонных артерий; в венозных фазах верхние продольные синусы у обеих девочек контрастировались на всем протяжении (не сообщаются друг с другом и дренируются в сигмовидные синусы).

По данным осуществленных после ангиографии КТ и МРТ, черепа девочек сращены в лобно-теменных областях под углом больше чем на 90°. У Виталии изменений плотности ткани нет, но выявлена деформация окружности черепа преимущественно по фронтальной плоскости, легкая дислокация срединных структур справа налево и порэнцефалическая полость в правой теменной области. На аксиальном срезе (уровень соединения двух черепов) прослеживаются две межполушарных щели. У Вилии выявлены деформация окружности черепа (больше по сагиттальной плоскости), дислокация срединных структур справа налево, порэнцефалические изменения мозговых извилин в правой височной области.

При МРТ (фронтальный срез головы Виталии и сагиттальный — головы Вилии) определяются поперечное расположение III желудочка, межполушарной щели, пролабирование мозга Виталии в полость черепа Вилии. Разграничительная линия между мозгом Виталии и мозгом Вилии местами теряется.

Радионуклидная цистернография 17.04.89 проведена Вилии; сообщения субарахноидального пространства ее мозга с внутричерепной полостью Виталии не обнаружено.

Успешное разделение краниоэнцефалопагов проведено 6.07.89 (академик А.Н. Коновалов, Ч.М. Вайчис, 1991). Анестезиологическое обеспечение операции осуществлялось В.И. Салалыкиным, А.Ю. Лубниным и Д.Г. Рогозиным (1990).

Произведен фигурный разрез с формированием 4 лоскутов на затылочных областях с ножками в височно-лобных областях (размеры лоскутов 16x12; 16x12; 6x10; 4x8) с иссечением грануляционных тканей, образовавшихся в месте расположения экспандеров. Произведено скальпирование надкостницы на линии соединения головок. Наложено фрезовое отверстие в затылочной области. В дальнейшем по линии сращения двух головок произведена циркулярная резекция кости шириной 2 см при помощи кусачек. Обращало на себя внимание то, что кость в большей своей части в месте соединения головок резко утолщена и в виде клина распространяется далеко между головками девочек, в основном в области затылочных долей. Здесь глубина проникновения костной пластинки достигала 3–4 см. Постепенно удалось резецировать практически всю кость за исключением небольшого мостика длиной около 5 см, оставленного для фиксации головок (этот этап операции производился в положении оперируемых лежа на столе и требовал поворота обеих девочек во время операции). После резекции кости произведено разъединение сросшейся твердой мозговой оболочки в затылочных областях. Это срастание между головками распространялось на глубину 5–6 см. Произведено рассечение твердой мозговой оболочки по линии срастания двух головок. Обнаружено, что по всей зоне трепанации имеется плотное прилегание мозга одного ребенка к мозгу другого. Мозг Вилии пролабировал, сдавливал мозг Виталии и был в основном сращен с ним. В правой лобной области у другой девочки — сращение между двумя заднелобными и теменными областями, вблизи средней линии, преимущественно в области моторной коры. Площадь сращения приблизительно 5x8 см. Обращало на себя внимание то, что арахноидальная оболочка и извилина одного мозга была единой и для другого мозга. Также единым было венозное кровообращение: из мозга одной девочки в мозг другой перекидывались крупные вены, часть которых пришлось коагулировать и пересечь.

Разъединение мозга было крайне затруднено из-за невозможности четко определить линию прилегания, поскольку извилины мозга одного ребенка заходили в борозды другого. Тем не менее после многочасовой препаровки с использованием операционного микроскопа удалось разделить сращенные участки мозга близнецов. При этом неизбежно были повреждены отдельные участки коры. Гемостаз выполнялся с использованием биполярной коагуляции и гемостатической губки. В последнюю очередь совершен циркулярный разрез твердой мозговой оболочки. По линии срастания твердой мозговой оболочки никаких крупных венозных коллекторов — синусов обнаружено не было. Практически отсутствовал серповидный отрезок у Вилии, у которой препаровка шла вдоль сильвиевой щели. Лишь на одном участке был обнаружен отросток твердой мозговой оболочки, напоминавшей серповидный. Таким образом, произведено разделение головок двух сросшихся краниоэнцефалопагов. Вслед за этим произведено пластическое закрытие (при помощи консервированной твердой мозговой оболочки) дефектов, размер которых был 6x9 см. Пластика кости (дефекты 15x11 см).

Операция длилась 16 часов.

В раннем послеоперационном периоде у Виталии выявился монопарез левой руки, регрессировавший в течение 1,5–2 месяцев. Из-за инфекционных осложнений были удалены биополимерные пластины, использованные для закрытия костных дефектов. При контрольных КТ и МРТ (12.10.1989 года) отмечены изменения мозговых структур в месте бывшего срастания, более выраженные в мозге Виталии.

Эта осуществленная А.Н. Коноваловым операция — пока единственная успешная операция по разделению краниопагов на территории бывшего СССР (Строганов Ю., 1998). Она внесена в книгу рекордов Гиннесса.

После операции девочки находились в Институте нейрохирургии, затем возвращены в Каунасскую нейрохирургическую клинику. Трижды — через 2,5, 3,5 и 6,5 месяцев



Рис. 12.3. Краниопаги после прямого разделения. Виталия (слева) и Вилия с матерью

после операции проводилось комплексное клиническое и психологическое обследование (совместно с детскими психологами Гавриловой М.К. и Балаяном С.К.). Последнее исследование осуществлено после того, как девочки уже 3 месяца находились в одноязыковой среде при постоянном общении с обоими родителями. Эти исследования были необходимы, чтобы ответить на два вопроса: 1) насколько успешно происходит приспособление к отдельной жизни каждой девочки; 2) насколько их психическое развитие соответствует возрастной норме и каков прогноз дальнейшего развития.

В двигательной сфере за 6,5 месяцев близнецами пройден путь от распада приобретенных до операции общих для обеих девочек двигательных навыков до становления индивидуальных для каждой из них форм двигательного поведения. Девочки должны были приспособиться к раздельному существованию, приобрести собственные формы двигательной активности (поведения).

Сразу после операции девочки спали в постели в одной позе. Были неспособны переворачиваться со спины на живот. В первые две недели после операции они не могли поднимать и удерживать голову, двигаться в постели. В течение первых 3 недель голова каждой была наклонена в сторону соединения с головой другой девочки, сильнее у Вилии (ее голова оставалась наклоненной резко вправо). К концу третьей недели проявились разнообразные формы произвольной двигательной активности. Дети научились менять позу в постели, переворачиваться со спины на живот и наоборот, затем садиться, вставать на ножки и удерживаться в положении стоя, держась за поручни кровати. Обе девочки при этом держались прямо. Головы же оставались наклоненными в сторону бывшего соединения с головой другой девочки. Этот наклон оставался и был более выражен у Вилии.

По истечении 3 месяцев девочки сидят, стоят в кровати, просят, чтобы с ними ходили по комнате. Ходят, держась за руку матери или кого-либо из персонала. Виталия ходит осторожно, контролируя каждый шаг. Вилия быстро перебирает ножками, двигается вперед как бы по инерции от первоначального импульса. К концу 6-го месяца после операции девочки ходят на специальных «вожжах», используемых для профилактики падения. Вилия ходит, пытаясь преодолеть встречающиеся на пути препятствия

(небольшое возвышение), а Виталия избегает их, обходит возвышение. К этому времени они обнаруживают навыки самообслуживания. Держат чашку, ложку. Едят быстро, с аппетитом. Просят дать им поесть в определенное время, говоря «ам-ам». Умеют одевать штанишки. Вилия подбирает правильно носки, различающиеся по цвету полосок. Но девочки еще не умеют надевать носки, кофты, шапки.

Проявления мелкой моторики обнаружились через 2 месяца после операции. Девочки ловко брали мелкие предметы, разворачивали конфеты. Виталия доставала мелкие ягоды из банки. Девочки держали карандаш или ручку так, что были способны чиркать ими по листу. На рисунке выделялись вертикальные и круговые линии. При сходстве расположения линий у обеих девочек они были более четко организованы у Виталии.

На 3-м месяце после операции в поведении появились такие произвольные движения как выпячивание нижней губы по показу матери, высовывание языка, улыбка. Вилия получив зеркало, смотрела в него, меняя выражение лица, манипулируя губами и языком. Довольно многообразными были действия с предметами. При виде каждого нового предмета девочки схватывали его с криком, удерживали. Вилия мелкие предметы брала двумя руками, а Виталия в одной (правой) руке удерживала два мелких предмета.

Девочки проявляли выраженный интерес к объектам внешнего мира, могли длительное время наблюдать за их перемещением, искали объект при его исчезновении в месте вероятного расположения. Были способны к предвосхищению появления объекта в определенном месте, если его перемещение было скрыто от их глаз.

Постепенное развитие действий с предметами, способности к их идентификации, а также пространственных представлений, сенсомоторной деятельности у девочек проявилось в отмеченных за 6 месяцев после операции достижениях в выполнении заданий с доской и ящиком Сегена. В первом эксперименте с доской Сегена, проведенном через 2,5 месяца после операции, Виталия действовала адекватно общей цели — вложить фигурки в соответствующие пазы. Но не соотносила размер, форму и ориентацию, «лицевую» сторону фигуры с характеристиками паза. Она неспособна была выделить различия фигурок, но доской Сегена занималась долго. Когда мать говорила по-литовски «вот сюда» и подсказывала, куда следует положить фигурку, многократно



Рис. 12.4. Вилия (слева) и Виталия с родителями

пыталась повторить подсказанное действие. Порой торопилась, стремясь быстрее достичь цели. Не оставляла попыток к действию при неудачах. Слушала и смотрела на мать, пыталась повторить сделанное ею действие. Вилия быстро теряла интерес к доске Сегена. Уже через 2 минуты пояснения матери не привлекают ее внимание.

Во втором эксперименте (через 3,5 месяца после операции) девочки были более активны. В начале собирания доски Сегена, когда перед ними — доска, где все пазы пусты, а в руках — только одна фигурка, обе действовали путем проб и ошибок. Даже попав в нужный паз, держали фигуру ориентированной так, что она не входила в отверстие. Тогда девочки вынимали ее и пробовали на соответствие фигурке другие пазы. Легко вкладывали в паз овал и шестиугольник. Испытывали затруднения с треугольниками и четырехугольниками. Когда по мере собирания доски количество альтернатив уменьшалось, работа у девочек шла быстрее и точнее.

В третьем эксперименте (через 6,5 месяцев после операции) в заданиях с доской Сегена Виталия активно манипулировала фигурками. Сосредоточивалась на задании. Старалась как можно быстрее положить фигурку в любой свободный паз. Всегда верно вкладывала единственную фигурку без углов — овал. Когда ее на время отвлекали, например, для приема таблетки, она более успешно справлялась с заданием. У Вилии действия по вкладыванию фигур в соответствующие пазы удавались лучше, если экспериментатор давал ей одну фигурку, а не все для альтернативного выбора, и если ей подсказывали в ответ на ее вопросительный взгляд «сюда?». Она из 6 фигурок сначала брала все красные (все прошедшее после операции время у нее явно обнаруживалось предпочтение красного цвета) и вкладывала в соответствующие пазы. Из двух треугольников, различающихся размерами, выбирала соответствующий пазу, то есть была способна соотнести два признака — форму и величину предмета.

В третьем эксперименте девочки впервые увидели ящик Сегена. Собирали его с помощью отца и экспериментатора. Обе испытывали трудности в правильной ориентации фигурок. Настойчиво пытались втолкнуть явно не входящую в отверстие фигурку или безостановочно вертели ее. Виталия обучалась медленнее Вилии. После показа, какую фигурку в какое отверстие следует опускать, Вилия находила среди 5 различных фигур (по 3 штуки каждой) нужную и подносила ее к нужному отверстию. При повторных выполнениях задания (уже без показа экспериментатора) девочки не могли соотнести трехмерную фигурку с нужным по форме отверстием. Несходны свободные действия девочек с ящиком Сегена без крышки с отверстиями. Виталия складывала в ящик все предметы и фигуры. Вилия оставляла в нем только фигурки, относящиеся к ящику, и выбрасывала другие предметы (цветные пластмассовые кольца от пирамидки).

В действиях с предметами у Виталии еще через 2,5 месяца после операции проявлялась способность к обобщению. Ручку или карандаш использовала не только для рисования, но и как стержень для надевания колец от пирамидки. По шарику от пинг-понга стучала так, будто пыталась разбить яйцо. Вилия чаще повторяла действия сестры. Собрав пирамиду, играла ею как погремушкой; переворачивала и наблюдала, как скользят кольца по стержню. Имитировала действия Виталии, наблюдая, как та вкладывает куколку в игрушечную кроватку. Действия с предметами девочки охотнее выполняли при включении в них взрослых. Виталия с удовольствием возвращала взрослому брошенную ей игрушку, многократно повторяя это действие. Вилия протягивала матери какой-либо предмет, чтобы та ей вернула; беря в руки возвращаемый предмет, говорила «ату» (литовское «спасибо»). Они листали предъявленные им книжки, в том числе и по одной страничке. Виталия делала это самостоятельно. Вилия повторяла действия сестры. Но более сложные действия (сложить картинку с простым изображением из двух половинок, круг — из полукругов, собрать башню из двух кубиков) Виталия могла выполнить лишь в виде начальных элементов, Вилия совсем не могла.

Но и у Виталии удачные попытки носили случайный характер. Так, она размахивала кубиком и опускала его в нескольких сантиметрах от другого. Вилия уступала Виталии по таким составляющим поведенческой активности, как длительность действия, способность подчинить свое поведение достижению цели.

Через 3,5 месяца девочки были способны удержать в двух руках 4 кубика одновременно. Вилия строит башню из 4 и более кубиков. Обе девочки дотягивались до интересующего их предмета плавным движением, не совершая пространственных ошибок. Принимали помощь взрослых. Слушали, когда им подсказывали, смотрели, когда показывали.

Через 6,5 месяцев девочки составляли матрешку из двух частей. Вилия складывала картинку с изображением елки из двух частей, хотя ее успех в выполнении этого задания нестабилен. Девочки рассматривали книжки, называя и показывая указательным пальцем зверей: «мишка», «зайчик», «ляля», «кошка» и т.д. Узнавали изображения, если книга перевернута вверх ногами. Девочки собирали большую пирамиду из нескольких пар одинаковых по цвету колец, то есть были способны соотносить цвет и величину колец при их подборе. Подобные задания выполняли увлеченно. По-своему протестовали против их завершения. Виталия начинала плакать, когда отец отбирал у нее матрешку, чтобы покормить девочек.

За время наблюдения значительна динамика развития речи. В первые месяцы после операции девочки редко пользовались «настоящими» словами. В их словарном запасе были слова, соответствующие литовским «нет», «спасибо», «дай», «ляля», а также примитивные звуковые комплексы типа «ам-ам», «кути-кути», «то-то-то», «ай-ай-ай», «фу» и звукоподражания. Желания свои они выражали не словами, а криком и интонациями, довольно разнообразными, в том числе и вопросительными. По прошествии 3 месяцев после операции создавалось впечатление, что речевое развитие девочек идет по линии пассивного накопления словаря, то есть по линии развития импрессивной стороны речи (увеличения количества слов и выражений, ставших доступными их пониманию). Когда мать поочередно обращалась к девочкам с вопросами: "Где Виля?», «Где книга?» и т.д., они направляли взор в сторону сестры или предмета, о котором спрашивают. При просьбе показать нос, зубы, волосы, руки сестры быстро и точно показывали соответствующие части тела у себя и окружающих. Девочки адекватно реагировали на повелительные обращения матери типа «Нет!», «Не так!» и т.д.

В Каунассе с девочками занимался логопед. По его оценке, на 7-м месяце после операции развитие их речи соответствует возрасту 15–18 месяцев (возраст девочек к этому времени — 2,5 года). В спонтанной речи девочки часто пользовались звукоподражаниями: кошку называли «мяу», телефон — «алё», куклу — «ляля», часы — «тик-так». Вилия могла ассоциировать предмет и его функции. Когда она смотрела на картинку с изображением велосипеда, начинала совершать ногами характерные для велосипедиста движения. В словаре девочек имелось и русское слово «всё», которое они произносили всякий раз, когда утрачивали интерес к заданию.

Эмоциональные реакции девочек уже через 2,5 месяца после операции были дифференцированы: у обеих проявлялась радость при знакомом звуке игрушки. Они обнаруживали признаки удовольствия, когда получали в руки игрушки. При виде незнакомого предмета на близком расстоянии у Виталии возникал страх. У Вилии при появлении в палате взрослых в белых халатах проявлялось неудовольствие и удовольствие — в момент игры, когда она ласково гладила куклу, сопровождая это мягкой, нежной вокализацией, улыбалась, говорила «ца-ца». Наблюдались элементы ревности, когда мать или экспериментатор все свое внимание переключали на одну из сестер, разговаривали с ней, предлагали различные предметы для ознакомления или обучения каким-либо действиям с ними. Обойденная вниманием девочка издавала требовательные крики

с паузами, в моменты которых сосредоточенно наблюдала за взаимодействиями сестренки и психолога. Иногда девочки заражались эмоционально друг от друга: крик Виталии при виде незнакомого предмета подхватывала Вилия, хотя его и не видела. Различным было эмоциональное состояние девочек при действии с предметами. Виталия проявляла длительный интерес к предмету, спокойно занималась им. Вилия быстро утрачивала интерес к предмету, требовала, чтобы ей дали новый, особенно если при этом требовалось формирование новых действий. Она всегда выбирала игрушку красного цвета и заметно оживлялась, когда в руке оказывались красные кольца, фигурки. Девочки были восприимчивы к одобрению их действий взрослыми. Замечая одобрительную улыбку взрослых, Виталия надевала на руку погремушку и трясла ею, как браслетом. Повторяла то же движение, чтобы вызвать вновь реакцию окружающих. Вилия могла ласкать куклу, периодически издавая мягкие певучие звуки, но на негативную реакцию матери в отношении куклы («кака-фу») без сопротивления отдавала куклу экспериментатору.

Через 3,5 месяца девочки спокойны, приветливы. Уменьшилось количество ситуаций, на которые они обнаруживали негативные эмоциональные реакции. Они уже не плачут, видя входящего в палату врача в белом халате. Если от них отходит мать, тоже не плачут, а при ее возвращении радуются. Приветливо, с улыбкой встречают знакомых врачей, психологов. Стремятся продемонстрировать свои успехи, ходят, держась за руки взрослых. Обнаруживают привязанность к массажисту, специалисту по лечебной гимнастике, которые занимаются с ними ежедневно. Радуются общению с другими детьми. По возвращении в Каунасскую больницу, повседневно общаясь с родителями, проявляют привязанность к ним. Четко улавливают одобрение или неодобрение мамой или папой их действий. Через несколько дней после возвращения в Каунас установились навыки опрятности: девочки просятся на горшок. Радуются, видя маму или папу. Но отношение к маме у них более сдержанное. С криком радости встречают папу, который часто берет их на руки в отличие от мамы. Стремясь развить самостоятельность в поведении девочек, мама редко отзывается на просьбы взять их на руки.

Эмоциональные реакции Вилии при общении с родителями более разнообразны, чем у Виталии. Вилия внимательна в обучении, настойчива в желании повторить показанные ей действия. Виталия же предпочитает самостоятельную деятельность, совершает действия с предметами, игрушками не по показу взрослых.



Рис. 12.5. Вилия (справа) и Виталия в подростковом возрасте

Таким образом, за более чем полугодовое наблюдение и экспериментально-психологическое исследование девочек после операции (прямого их разделения) прослежено становление индивидуальных для каждой из них форм общей и мелкой моторики, целостного эмоционально окрашенного двигательного поведения, дальнейшее развитие речи. Важным представляется обнаружение после операции у девочек значительной степени обучаемости как основы для последующего нервно-психического развития.

В 8-летнем возрасте девочки пошли в школу. Учатся в одном классе. Успеваемость средняя. Помогают матери по дому.

12.2. Сочетание аденомы гипофиза и болезни Педжета

Известно, что аденомы гипофиза (СТГ-продуцирующие) сопровождаются акромегалией, выражающейся в изменении в костях свода черепа и мягких тканей. Дифференциальная диагностика проводится с болезнью Педжета.

Болезнь Педжета (деформирующий, «обезображивающий» остеит или остеодистрофия, впервые описана английским врачом Peget J. в 1876 году) — заболевание неясной природы, характерное для людей пожилого и старческого возраста, приводящее к активной деструкции и интенсивному преобладающему обновлению костной ткани. Перестроенная кость имеет множественные участки уплотнения с характерным «ватным» рисунком. При болезни Педжета чаще изменены череп и подвздошные кости. Для заболевания характерно уменьшение лицевого скелета и значительное увеличение лобных и теменных костей, формирующих «башенный» череп. Размеры турецкого седла не изменены, отсутствует разрастание и утолщение мягких тканей. (Руководство по клинической эндокринологии, 1996).

При изучении психопатологии опухолей гипофиза внимание исследователей обратила на себя больная, единственным признаком акромегалии у которой являлось выраженное изменение костей свода черепа (Доброхотова Т.А., 1964). Эти изолированные нарушения костной ткани были диагностированы как крайне редко встречающееся заболевание костной системы — болезнь Педжета.

Приводим редкое наблюдение, где прижизненно была диагностирована лишь болезнь Педжета. На секции же обнаружена большая аденома гипофиза. Заболевание сопровождалось грубыми трудно квалифицируемыми психическими расстройствами.

Больная Р., 76 лет, поступила в психиатрическую больницу им. П.Б. Ганнушкина в 1961 году. Наследственность не отягощена. Окончила гимназию и бухгалтерские курсы. Работала бухгалтером около 50 лет в одном учреждении. С 1956 года (71 год) — на пенсии по возрасту. Замужем не была, половой жизнью не жила. Малообщительна, была крайне неряшливой, не следила за собой.

С 1946 года (61 год) родные стали замечать странности в поведении больной: появилась нелепая скупость, «воровала вещи» у племянника и отдавала их своей сестре. Собирала ненужный хлам и приносила к себе в комнату. Если кому-нибудь одалживала деньги или вещи, в тот же день требовала вернуть их обратно. Но продолжала работать. С 1951 года (66 лет) заметила снижение зрения. С переходом на пенсию стала еще более неряшливой, бездеятельной, себя почти не обслуживала. Появились нарушения памяти: забывала куда что положила, потом говорила, что ее вещи «украли». Иногда наблюдалась кратковременная потеря сознания — больная падала, не отвечала на вопросы; о случившемся не помнила. Судорог не было. Часто совершала нелепые поступки и действия: покупала для 10-летнего племянника папиросы и заставляла его курить, затем



Рис. 12.6. Внешний вид больной

эти факты категорически отрицала. Днем много спала, ночью же бродила по квартире и стучала в двери к соседям. С этого же времени у больной стал увеличиваться размер головы, изменилась ее форма. Она становилась бугристой. Усиленно выпадали волосы. В течение последних лет больная жаловалась на головные боли, слабость в конечностях, снижение зрения. В таком состоянии госпитализирована в больницу им. П.Б. Ганушкина.

Объективно. *Голова резко увеличена в размерах. Череп деформирован, с сильно выдающимися лобными буграми. Волосяной покров очень скуден. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие. В легких влажные и сухие хрипы. Питание несколько повышенное. АД 140/60 мм рт.ст.*

Зрачки сужены, левый зрачок шире правого, реакция на свет вялая, конвергенция ослаблена. Левая носогубная складка сглажена. Сухожильные и периостальные рефлексы справа выше, чем слева. Мышечный тонус на нижних конечностях повышен. Походка спастическая, передвигается с посторонней помощью. Патологических рефлексов нет. Диски зрительных нервов бледно-розовой окраски, артерии узкие. Внутриглазное давление нормальное.

По данным ЭЭГ: *снижено функциональное состояние коры головного мозга с очагом патологической активности в глубоких его отделах.*

Рентгенологически: *череп увеличен во всех направлениях за счет утолщения костей свода в 2–3 раза. Структура костей свода резко перестроена и имеет вид мозаики: плотные обызвествления хлопьевидной формы чередуются с менее плотными участками. На этом фоне определяется рисунок артериальных борозд, швов, каналов диплоических сосудов. Турецкое седло не дифференцируется. При рентгенографии костей таза, тазобедренных и коленных суставов выраженных изменений не обнаружено.*

Гормональное исследование крови не проводилось.

Клинический диагноз: *органическое заболевание головного мозга, болезнь Педжета,*

общий атеросклероз, атеросклеротический кардиосклероз, эмфизема легких.
Психическое состояние: *пассивна, все время лежит в постели, передвигается с посторонней помощью. Неопрятна в постели мочой и калом.*
Спонтанно жалоб не предъявляет. При расспросах жалуется на боли в ногах. С окружающими не общается, ничем не интересуется. В окружающей ситуации ориентирована неточно: не может определить текущие год и месяц.
Утверждает, что работает и «довольно успешно справляется со своими обязанностями» или что она «в настоящее время отдыхает в доме отдыха в ГПУ». Считает, что ей 55–57 лет, у нее живы родители. Не замечает нелепости своих высказываний, когда говорит о возрасте якобы живой матери: ей 57 лет. Имена родных путает. О себе не может сообщить никаких сведений. Не помнит ни одной исторической даты или событий из личной жизни. Запоминание текущих событий нарушено сравнительно меньше. Из окружающих выделяет лечащего врача, называет его по имени и отчеству, эмоционально реагирует на его появление в палате. В беседе временами дает весьма разумные ответы, правильно понимает и передает переносный смысл пословиц. Арифметический счет ведет устойчиво, правильно, но отмечается быстрая утомляемость. При экспериментально-психологическом исследовании выявлено грубое нарушение памяти — не может воспроизвести содержание прочитанного рассказа; пересказ изобилует искажениями и привнесениями. Обращает на себя внимание некоторая заторможенность и отвлекаемость.
Постепенно больная становилась все более вялой, адинамичной, безразличной к окружающему, не вставала с постели и при явлениях нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности скончалась.
Из протокола вскрытия. *Окружность черепа без мягких тканей — 64 см. Отмечается выраженное увеличение лобных и теменных бугров. Кости черепа распиливаются легко, особенно в затылочных отделах, где они свободно режутся ножом. Деление кости на компактное и губчатое вещество отсутствует, кость выглядит равномерно-нежно-порозной. Толщина черепа колеблется от 1,5 до 3,7 см (на уровне лобных бугров). Внутренняя поверхность костей довольно шероховата, артериальные борозды глубоки. Пирамидки височных костей массивны, уплотнены. Передняя, средняя и задняя черепные ямки укорочены, неглубоки. Вход в турецкое седло округлой формы, расширен в поперечнике до 4 см, полость его небольшая, из нее исходит опухолевидное разрастание овальной формы размерами 6,5-4,0-3,0 см, ножкой которого является воронка гипофиза. Опухоль мягкоэластичной консистенции, покрыта очень тонкой прозрачной капсулой, под которой видны множественные, различной величины и формы сливающиеся между собой свежие кровоизлияния. Ткань опухоли буровато-синюшная, кашицеобразная. Опухоль из полости турецкого седла направляется строго по средней линии кпереди, прикрывает*

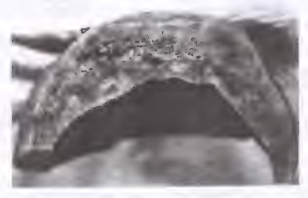


Рис. 12.7. Утолщение кости черепа

зрительные тракты и хиазму, обонятельные треугольники и тракты, достигая свободным концом обонятельные луковицы. Вес мозга — 1045 г, вес опухоли — 65 г. Сосуды основания мозга, средние мозговые артерии — с единичными очень мелкими бляшками атеросклероза. Мягкая мозговая оболочка тонкая, сосуды по ходу борозд умеренно полнокровны. Основание мозга широкое, уплощенное. Ткань мозга очень дряблая, резко отечная. Желудочки мозга щелевидны с чистой бледной эпендимой. Рисунок серого

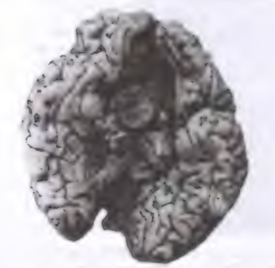


Рис. 12.8. Опухоль мозга — аденома гипофиза

Рис. 12.8. Размеры опухоли

вещества коры и подкорковых образований во всех отделах четкий, каких-либо очаговых изменений не найдено. Сосудистые сплетения — без особенностей.

Патологоанатомический диагноз: *аденома гипофиза; болезнь Педжета (деформирующий остоз) с поражением костей свода черепа. Значительный отек и набухание в ткани мозга. Дистрофические изменения печени и мышц сердца. Мелкоочаговая рассеянная пневмония. Умеренно выраженный универсальный атеросклероз.*

Изменения в мозге носят характер хронической дисциркуляторно-гипоксической энцефалопатии со значительной диффузной гибелью нервных клеток, ишемическими и атрофическими их изменениями, ареактивностью и дистрофичностью микроглии и астроглии.

В основе этих изменений, видимо, лежит синдром внутричерепной гипертензии, обусловленный наличием внутричерепной опухоли и поражением костей свода черепа деформирующим остозом.

Таким образом, у больной с выраженной картиной болезни Педжета на секции была обнаружена прижизненно нераспознанная опухоль гипофиза.

Это наблюдение интересно прежде всего сочетанием болезни Педжета и прижизненно нераспознанной аденомы гипофиза.

На всем протяжении заболевания ведущими в клинической картине были психические расстройства. Вначале они проявлялись как обострение присущих больной характерологических особенностей. Затем стали прогрессивно снижаться инициатива, целенаправленность и активность больной. Грубо нарушилась память. В течение всего заболевания оставалась выраженной астеническая симптоматика.

В период пребывания больной в стационаре в клинической картине психических нарушений на первый план выступали грубые эмоционально-личностные нарушение —

активности, инициативы, целенаправленности и эмоциональных переживаний. В целом можно говорить о синдроме аспонтанности. Он сочетался с амнестическими расстройствами и сдвигом в прошлое. Эта сенильноподобная симптоматика отличалась от старческого слабоумия рядом особенностей. При резком снижении памяти на прошлое у больной оставалась некоторая возможность к запоминанию (она в частности самостоятельно усваивала новый материал при психологических исследованиях, запомнила врача). У больной была резко выражена астения — вялость, быстрая утомляемость с некоторой заторможенностью и медлительностью при отсутствии суетливости. Эти особенности психопатологической картины характерны для опухолей гипофиза и вероятно обусловлены эндокринными нарушениями. О поражении мозга свидетельствовали анамнестические и клинические данные: указания на головные боли, обморочные, катаплектоидные состояния, снижение зрения, бледно-розовая окраска дисков зрительных нервов, четкое нарушение ритма сна и бодрствования, изменения электрической активности мозга с очагом патологической активности в глубоких отделах мозга, недифференцированность контура турецкого седла. Хотя у описанной больной не было отмечено других признаков акромегалии (кроме увеличения костей черепа), которая является клиническим симптомом СТГ-продуцирующей аденомы гипофиза, все перечисленное в сочетании с довольно грубой неврологической симптоматикой могло бы натолкнуть на мысль об опухоли гипофиза.

В том, что аденома гипофиза, вероятно, гормонально неактивная, в данном наблюдении не была диагностирована прижизненно, возможно, сыграла роль недооценка уже упомянутых анамнестических и клинических данных и наличие болезни Педжета — заболевания редкого, мало знакомого врачам-психиатрам. В существующей литературе плохо освещен вопрос, сопровождается ли болезнь Педжета какими-либо психическими нарушениями. Существует точка зрения, что психотических состояний при этом заболевании не бывает, однако описаны случаи сенильных психических нарушений.

Скорее всего отмеченные у больной психические нарушения обусловлены множеством факторов. Первостепенное значение имела, вероятно, длительно развивавшаяся аденома гипофиза с сопровождавшими ее эндокринными расстройствами, локальными и общемозговыми нарушениями. Поздний возраст отразился на оформлении клинической картины психических расстройств у больной с опухолью мозга.

Глава 13

Лечение психических нарушений, участие психиатра в реабилитации нейрохирургических больных

Зайцев О.С.

Лечебно-реабилитационные воздействия, в том числе психиатрическое лечение и реабилитация, проводятся после экстренного лечения, направленного на сохранение либо продление (например, в случае злокачественных опухолей головного мозга) жизни больных.

Все имеющиеся в распоряжении психиатров методы лечения и коррекции можно разделить на биологические и психотерапевтические.

13.1. Биологическая терапия

Для ее осуществления используются психофармакологические средства и нелекарственные (в основном физические) методы лечения.

13.1.1. Психофармакотерапия

Осуществляется с учетом следующих особенностей действия препаратов и реакций больных с поражением мозга:

1. Используемые препараты могут специфически влиять на определенные мозговые структуры (стволовые, подкорковые или корковые, правое или левое полушарие).
2. Больные с поражением мозга по особому реагируют на ряд психофармакологических препаратов, в частности для них оказываются достаточными малые дозы седативных препаратов; у них чаще и быстрее проявляются побочные эффекты (особенно дофамино- и холинолитические).
3. Психофармакологические препараты могут как благоприятно, так и неблагоприятно влиять на основной процесс.

Характер психофармакологического лечения определяется основными психопатологическими синдромами.

Лечение больных с дефицитарными нарушениями *(транзиторное слабоумие, интеллектуально-мнестическое снижение, аспонтанность, корсаковский, дисмнестический и другие синдромы).*

У больных после ЧМТ, острых цереброваскулярных заболеваний, нейрохирургических операций некоторые психотропные препараты позволяют ускорить процесс восстановления психической деятельности; у больных с отдаленными последствиями поражения мозга — улучшить познавательные, мнестические процессы и уменьшить астенические нарушения. Относительным противопоказанием для фармакологического лечения дефицитарных расстройств является наличие у больных злокачественных новообразований (например, глиальных опухолей мозга), поскольку большинство

используемых препаратов гипотетически могут ускорить их рост или спровоцировать рецидив (что, однако, пока не является строго доказанным).

Лечение дефицитарных нарушений проводится обычно непрерывно-чередующимися курсами. Используют ноотропные, метаболические и цереброваскулярные препараты, дополняя их в случае необходимости психостимуляторами или нейропротекторами.

Ноотропы повышают эффективность психической деятельности больных, воздействуя на интегративные функции головного мозга. Поскольку большинство этих препаратов оказывает и стимулирующее действие, их следует назначать в утренние и дневные часы, за исключением средств, обладающих седативными свойствами, в частности фенибута. Ноотропное (влияние на идеаторные процессы, критику и самоконтроль), мнемотропное, антиастеническое и активирующее (повышение уровня бодрствования, сознания) действие наиболее выражено у ноотропила, несколько слабее — у энцефабола и аминалона. Антипаркинсонические, антидискинетические, антиэпилептические, легкие транквилизирующие свойства присущи пантогаму и фенибуту; антидепрессивные и стимулирующие — энцефаболу; вазовегетативные — аминалону и ацефену. Единственным значимым побочным эффектом ноотропов является гиперстимуляция, которая может приводить к обострению продуктивной симптоматики.

Из препаратов метаболического действия наиболее неспецифичный эффект оказывают витамины группы В. Перспективной, ускоряющей выход из корсаковского синдрома, удобной для приема (усваивается при пероральном применении) оказалась особая жирорастворимая форма витамина B_1 — бенфотиамин, содержащаяся в препаратах бенфогамма и мильгамма. Ценным дополнением к ноотропной терапии или даже ее альтернативой могут быть содержащие аминокислоты и нейропептиды церебролизин и кортексин, благотворно влияющие на белковый обмен. Полезные свойства в плане коррекции дефицитарных нарушений обнаружены у семакса — нового синтетического полипептида, разработанного в НИИ молекулярной биологии. Хороший эффект при подкорковых нарушениях дают дофаминергические препараты наком и леводопа, а также синэргисты дофамина бромкриптин, L-тироксин. Улучшению корковых функций способствуют глицин, карнитин, глутаминовая и аспарагиновая кислоты, стимулирующие обмен отдельных тропных к мозговой ткани аминокислот. Заметный регресс дефицитарных нарушений отмечен при лечении новым препаратом глиатилином, который за счет повышения уровня ацетилхолина улучшает функционирование центральных и периферических нейронов. Способствуют восстановлению психической деятельности, регрессу астении и другие метаболические препараты, улучшающие энергетический обмен в тканях, в том числе нервных, — неотон, когитум, оротовая кислота.

К нейрометаболическим следует отнести также ряд препаратов, оказывающих положительное влияние на мозговое кровообращение. Они обладают либо легкими стимулирующими свойствами (кавинтон, сермион, танакан), либо умеренными седативными (циннаризин).

Психостимуляторы повышают двигательную и интеллектуальную активность, скорость психических актов. Они применяются при аспонтанности и адинамии, апатоабулических и ступорозных состояниях. Психостимулирующие средства ускоряют мышление, устраняют чувство усталости и сонливости. Сиднокарб наиболее эффективен у больных с адинамией, снижением инициативы, отсутствием бодрости и работоспособности при неврозоподобных расстройствах. Сиднофен показан при астенодепрессивной симптоматике. Побочные эффекты заметнее выражены у сиднокарба, являющегося более сильным, чем сиднофен, препаратом. Среди них следует отметить периферическое адреномиметическое действие, эйфорию, бессонницу, раздражительность, нарушения аппетита, формирование зависимости. В некоторых случаях провоцируется обострение продуктивной психопатологической симптоматики.

Актопротекторы благотворно влияют на течение психических процессов, облегчают концентрацию внимания, а также, обладая тропностью к определенным функциям разных полушарий, активизируют психомоторную либо психосенсорную сферы (Гогитидзе Н.В., 1990). К этой группе стредств относится нейромидин (амиридин), который предпочтительнее применять в случаях преобладания дисфункции левого полушария (особенно при аспонтанности, речевых и идеаторных выпадениях). Бемитил чаще используют при нарушениях функции правого полушария, особенно при нарушении пространственно-временного гнозиса. Но возможны побочные эффекты: холиномиметический, повышение судорожной готовности и мышечного тонуса, появление раздражительности (при приеме нейромидина); возбудимость, нарастание эйфории, снижение эмоционального контроля («недержание эмоций») и появление конфабуляций (при приеме бемитила).

Лечение больных с продуктивными психопатологическими нарушениями *(различные виды возбуждения, галлюцинаторные, бредовые, аффективные, психопатоподобные и неврозоподобные расстройства).*

Осуществляется с учетом характера синдрома.

Основными средствами лечения *различных видов возбуждения (хаотического, сумеречного, делириозного, маниакального, психопатоподобного, тревожного и т.д.)* являются **нейролептики преимущественно седативного действия**. Если в структуре возбуждения преобладают агрессивность и импульсивность, а тревога и подавленность практически отсутствуют, то в этих случаях возможно применение аминазина. При тревожном, боязливом возбуждении назначают тизерцин и хлорпротиксен; ослабленным больным с упорной бессоницей — пропазин и малые дозы азалептина (лепонекса). Высокие дозы последнего могут быть с успехом применены при всех видах возбуждения, связанного не только с ЧМТ (Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1988), но и с другими видами поражения мозга. С успехом может применяться новый препарат сероквель, не вызывающий, в отличие от других препаратов данной группы, сонливости и ослабления познавательных функций. У сероквеля также отстутствуют и другие основные побочные эффекты, характерные для препаратов этой группы: а) гипотензивный с ортостатическими явлениями, наиболее выраженный у аминазина и тизерцина; б) умеренный экстрапирамидный или дофаминолитический, наиболее часто проявляющийся при применении аминазина и практически отсутствующий у хлорпротиксена и азалептина (лепонекса).

Для купирования возбуждения можно использовать и транквилизаторы, барбитураты, седативные антидепрессанты.

При галлюцинаторных и бредовых расстройствах рекомендуется назначение **нейролептиков преимущественно антипсихотического действия**. Если в структуре психоза преобладают галлюцинаторные нарушения и чувственный бред, показан галоперидол; при доминировании идеаторного компонента бредовых расстройств — трифтазин. Высокую эффективность в отношении любых галлюцинаторных и бредовых расстройств показал новый препарат рисполепт, который к тому же, как оказалось, не угнетает когнитивные функции (как другие препараты этой группы), а в ряде случаев даже способствует их восстановлению. Побочным эффектом препаратов этой группы является экстрапирамидный синдром, значительно более выраженный, чем у нейролептиков других групп. Наиболее часто он возникает при лечении галоперидолом, редко при терапии рисполептом. Для купирования экстрапирамидного синдрома, а часто и для его профилактики, применяют холинолитические препараты — циклодол (артан паркопан, ромпаркин), тремблекс.

В тех случаях, когда использование антипсихотических или седативных нейролептиков невозможно из-за нежелательных побочных эффектов (нейролептического, гипотензивного или токсического), могут применяться «малые» нейролептики.

Возможно сочетание указанных препаратов с транквилизаторами, а при наличии подавленности или тревоги — с антидепрессантами соответствующей группы.

Эмоциональные нарушения корригируются различными препаратами. При маниакальных состояниях показаны нейролептики (преимущественно седативные) и транквилизаторы; при дисфориях — транквилизаторы и антиконвульсанты-нормотимики; при раздражительной слабости — нейрометаболические препараты с седативным компонентом действия (фенибут, глицин, иногда пантогам, циннаризин); при эмоциональной лабильности с элементами насильственного плача, смеха — дофаминэргические средства (наком, леводопа), при депрессиях — антидепрессанты.

Для лечения больных с депрессией, сопровождающейся заторможенностью, апатией, тоской, используются **антидепрессанты преимущественно стимулирующего действия.** Распределение суточной дозы в течение дня должно производиться таким образом, чтобы акцент приходился на утренние и дневные часы (исключение может быть сделано для менее сильного в плане стимуляции пиразидола). Для лечения глубокой тоскливой или апатической депрессии показаны анафранил, мелипрамин, ципрамил, паксил, прозак; при субпсихотических депрессиях предпочтительнее петилил, пиразидол, которые у части больных могут благоприятно воздействовать и на тревожный компонент депрессии. Главным побочным действием препаратов этой группы является холинолитический эффект, наиболее выраженный у мелипрамина и анафранила, малозначимый у петилила и практически отсутствующий у пиразидола, ципрамила, прозака, паксила. Пиразидол может вызвать повышение артериального давления. Прием анафранила и мелипрамина иногда провоцирует развитие вегетативных кризов с потливостью, тремором, ощущением сердцебиения и т.д. Прозак и паксил могут вызвать серотонинэргический синдром в виде тремора, нарушений пищеварения, снижения аппетита и т.п.

При тревожной депрессии, безотчетном беспокойстве, угрюмой раздражительности показаны **антидепрессанты преимущественно седативного действия.** Акцент при распределении суточной дозы делается на вечерние и ночные часы. При выраженной тревожной депрессии, особенно с суицидальными мыслями и намерениями, показан амитриптилин. При неглубокой подавленности с элементами тревоги назначают преимущественно лудиомил, азафен, которые на некоторых пациентов могут оказывать легкое стимулирующее действие. При плохой переносимости других антидепрессантов и при повышенном артериальном давлении предпочтителен коаксил. Холинолитический эффект характерен и для этой группы препаратов, он наиболее выражен у амитриптилина, малозначим у лудиомила и отсутствует у коаксила.

Лечебное воздействие *при пограничных расстройствах* также зависит от их клинических особенностей. Психопатоподобные нарушения корригируются **«малыми» нейролептиками,** в основном «корректорами поведения» (неулептил, сонапакс). Эффективны также малые дозы рисполепта. При сочетании элементов негативизма со снижением побуждений показан френолон.

При неврозоподобных нарушениях (астения, обсессии, истерия, ипохондрия) лечение чаще осуществляется **транквилизаторами.** Большинство из них обладает выраженным седативным эффектом. Препараты этой группы уменьшают страх, напряжение, раздражительность; способствуют успокоению, засыпанию. Но в некоторых случаях они вследствие снятия тревожного компонента переживаний могут вызвать и легкую стимуляцию. При ее отсутствии наибольшая часть суточной дозы должна приходиться на вечерние часы. Наиболее сильными препаратами этой группы являются феназепам и лоразепам; они показаны при всех видах пограничных расстройств, особенно эффективны в отношении навязчивостей, астенического наплыва мыслей, стойких ипохондрических расстройств. При возбудимых психопатоподобных состояниях

лучше применять феназепам и элениум; при истерических, ипохондрических расстройствах, тревоге, страхе предпочтителен реланиум; при неврозоподобных нарушениях, особенно с неприятными ощущениями в области сердца, — тазепам и элениум; при неосложненной бессоннице — эуноктин (при его неэффективности следует отдать предпочтение новому классу снотворных средств, представителями которых являются имован и ивадал), при необходимости избежать миорелаксации — мепробамат. Основным нежелательным побочным эффектом практически всех препаратов этой группы транквилизаторов является чрезмерная седация с ослаблением внимания, памяти, познавательных и психомоторных процессов. Следует также упомянуть миорелаксирующее действие, наиболее выраженное у феназепама, элениума и реланиума, отсутствующее у мепробамата. Необходимо обратить внимание на возможность развития психологической зависимости, и даже токсикоманических тенденций, которые наиболее часто развиваются при приеме реланиума.

При легких неврозоподобных расстройствах днем могут применяться **так называемые дневные транквилизаторы**. При астении с адинамией, вегетативной разбалансировкой показан грандаксин; для снятия тревожности, небольшого напряжения, раздражительности — ксанакс, рудотель. Незначительная миорелаксация может быть только при приеме рудотеля; грандаксин в некоторых случаях может усиливать возбудимость.

При недостаточной эффективности транквилизаторов возможно подключение «малых» нейролептиков. При преобладании идеаторных компонентов неврозоподобной симптоматики, в том числе обсессивной, показаны этаперазин и терален, при депрессивной окраске переживаний — эглонил и сонапакс. Истерические нарушения эффективно лечатся сонапаксом, а ипохондрические–этаперазином, тераленом и френолоном. Малые дозы френолона, эглонила, этаперазина чаще оказывают стимулирующий эффект, а неулептила, тералена, сонапакса — седативный. Среди побочных действий можно отметить умеренный экстрапирамидный эффект, который наиболее выражен у неулептила и отсутствует у сонапакса. Последний оказывает нерезкое холинолитическое действие. При наличии тревожно-депрессивного аффекта возможно применение седативных антидепрессантов.

Лечение больных с эпилептическим синдромом

При возникновении эпилептических приступов (а в ряде случаев и для их профилактики) используется особый класс препаратов, которые, строго говоря, не относятся к психотропным, — антиконвульсанты, или противосудорожные средства. Их действие (особенно барбитуратов) связывается с преимущественным влиянием на ретикулярную формацию (сетчатое образование).

Для профилактики эпилептического синдрома у больных с очаговым поражением мозга (особенно при снижении порога судорожной готовности на ЭЭГ) обычно рекомендуется ежедневный прием на ночь фенобарбитала (0,025–0,05) или бензонала (0,1) или финлепсина (0,2). Их включают в лечение с первых суток после ЧМТ, нейрохирургической операции (особенно при использовании препаратов, оказывающих стимулирующее действие на нервную систему).

В настоящее время широко дискутируется вопрос о необходимости длительной (в течение года и более) профилактики эпилептических припадков у больных, перенесших ЧМТ. Большинство авторов (Зенков Л.Р., 2002) считают целесообразным профилактический прием антиконвульсантов лишь при тяжелой ЧМТ с ушибом головного мозга, интракраниальными гематомами, вдавленными переломами свода черепа, воспалительными осложнениями (абсцесс, эмпиема, остеомиелит, энцефалит).

Для лечения больных с уже возникшими пароксизмами большинство антиконвульсантов следует принимать 3 раза в сутки, поскольку необходимая (терапевтическая)

концентрация в крови после приема поддерживается 6–8 часов. Исключение составляют такие новые препараты как депакин-хроно, ламиктал, топамакс, которые применяются 2 раза в сутки — один раз в 12 часов. Лечение проводится длительно. Какие-либо изменения осуществляются осторожно, нерезко. Отмена производится постепенно через 3–5 лет после прекращения пароксизмов.

Выбор препарата осуществляется с учетом структуры припадков, но большее значение имеют токсичность антиконвульсанта и его индивидуальная переносимость больными.

Из барбитуратов наиболее часто, как уже говорилось выше, применяются фенобарбитал (в разовой дозе не выше 0,05 и в суточной не выше 0,2) и бензонал; из остальных препаратов — финлепсин и депакин.

Барбитураты обладают некоторым преимуществом при генерализованных судорожных припадках, особенно если преобладает тонический и тонико-клонический компонент, а также при пароксизмах, возникающих в первую половину ночи. Бензонал в дозах 10–15 мг/кг эффективен при генерализованных и простых фокальных припадках; по сравнению с фенобарбиталом он, как правило, лучше переносится больными, вызывает меньше побочных эффектов, в том числе седативного и снотворного. Финлепсин в дозах 20–30 мг/кг успешно предотвращает сложные и простые парциальные приступы, психомоторные и психосенсорные пароксизмы, а также припадки, возникающие во второй половине ночи и при пробуждении. Депакин может применяться для лечения практически всех видов приступов, в частности с преобладанием клонического компонента (изолированно или в сочетании с клоназепамом). Суксилеп (этосуксимид) рекомендуется при простых и сложных абсансах, миоклонических приступах. Для преодоления резистентности к противосудорожной терапии используются ламиктал и топамакс, влияющие на дополнительные (по сравнению с традиционными антиконвульсантами) патогенетические звенья эпилептогенеза.

При замене одного препарата другим необходимо учитывать эквивалентность дозировок, расчет которых производят по фенобарбиталу (Ремезова Е.С., 1965). Фармакодинамический контроль терапии осуществляется исследованием концентрации препарата в плазме крови (определяется соответствие концентрации препарата референсным значениям, при которых, как правило, наступает лечебный эффект). Все изменения в лечении (увеличение или снижение доз, замена препарата) должны быть постепенными, растянутыми во времени. При резистентности к одному препарату назначают комбинацию из нескольких.

Среди побочных эффектов противосудорожных средств выделяют (Вольф М.Ш., 1991): 1) неврологические — головокружение, нарушение координации, атаксия, дизартрия, нистагм, тремор (наиболее выражены у дифенина и барбитуратов); 2) психопатологические — сонливость, вялость, апатия, затруднения восприятия и мышления (в первую очередь у фенобарбитала и его производных), раздражительность, возбудимость, бессонница (чаще при приеме дифенина и суксилепа), эйфория, чувство опьянения (иногда при приеме финлепсина, дифенина, фенобарбитала). Наименьшая вероятность возникновения побочных эффектов отмечена при приеме депакина, топамакса.

При лечении больных с эпилептическим синдромом не следует забывать о назначении метаболических средств. Из ноотропов предпочтительнее пантогам, фенибут; противопоказаны холиномиметические препараты (нейромидин, глиатилин), высокие дозы полипептидов (церебролизин, семакс). Необходимо отметить, что возникновение и развитие эпилептического синдрома, как правило, является признаком неблагоприятного течения нейрохирургических заболеваний, их прогрессирования. При рубцово-атрофических последствиях и воспалительных осложнениях повреждения мозга требуется подключение специфических рассасывающих, иммунокорригирующих и противовоспалительных средств.

13.1.2. Другие методы биологической терапии

При травматических, сосудистых, реже при других поражениях мозга возможно применение методов, основанных на воздействии различных физических факторов. Имеются данные об успешном применении электросна, электрической и магнитной стимуляции, гипербарической оксигенации, лазеро- и иглорефлексотерапии и др.

К комплексным биологическим воздействиям, в том числе благотворно влияющим на психическое состояние, относятся лечебная физкультура и массаж (общий и точечный).

Электросон эффективен при неврозоподобных состояниях в отдаленном периоде поражения мозга.

Есть отдельные удачные примеры использования электрической и магнитной стимуляции различных отделов мозга (при некоторых видах электростимуляции в различные отделы ЦНС вживляются специальные электроды). Но в целом результаты применения этих методик пока противоречивы — должно быть, в силу недостаточной исследованности.

Лазеротерапия, направленная на рефлексогенные зоны, оказывает психостимулирующее и иногда эйфоризирующее, а также вегетостабилизирующее действие и устраняет астенические явления. Иногда она оказывает эффект близкий к эффектам ноотропов (Анищенко Г.Я., Даллакян И.Г., Доброхотова Т.А. и соавт., 1987).

Иглорефлексотерапия обладает психостимулирующим и нормализующим психическую деятельность действием.

Своевременная гипербарическая оксигенация, применяемая после травматического поражения мозга (Тищенко А.Т., 1976; Исаков Ю.В. и соавт., 1984), уменьшает вероятность развития амнестических, аффективных и неврозоподобных расстройств, а также способствует редукции уже развившихся психозов.

13.2. Психотерапия и методы психосоциального воздействия

Необходимость сочетания биологических и психосоциальных методов воздействия при поражениях головного мозга в настоящее время не вызывает сомнений. Выбор каждого из них на том или ином этапе лечения решается индивидуально.

Традиционная психотерапия, при проведении которой требуется прежде всего соблюдение принципа партнерства между врачом и больным, применяется в случаях, когда у больных имеются (или уже достаточно восстановлены) способность к вербальному контакту, ориентировка, интеллектуально-мнестические процессы (память, мышление, внимание) и основные личностно-волевые характеристики (критика, инициатива, возможность элементарного контроля за поведением).

На ранних этапах восстановления психической деятельности после комы должны применяться другие воздействия, в частности метод психостимулотерапии, разработанный в Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН (Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., Гогитидзе Н.В., 1991).

13.2.1. Традиционная психотерапия

Опыт использования психотерапии распространяется в основном на больных, перенесших легкую травму головного мозга и средней степени тяжести (Карвасарский Б.Д., 1985). Она возможна только с момента осознания больным факта травмы, стойкого возвращения сознания и установления продуктивного контакта пациента с врачом

(Морозов А.М., 1986, 1989). К основным видам такой психотерапии относятся рациональная, суггестивная, поведенческая и методы аутогенной тренировки.

Рациональная психотерапия — наиболее распространенный и доступный метод, применяемый для реабилитации больных с поражениями мозга. Она заключается в проведении с пациентом целенаправленных бесед и разъяснении особенностей его заболевания и состояния. В ходе такого лечения путем доказательного (логического, аргументированного) убеждения вызываются изменения поведения больного, его установок, отношения к себе и окружающей действительности; проводится коррекция ошибочных суждений и реакций.

Суггестивная терапия имеет меньшее значение в реабилитации больных с поражениями мозга, особенно тяжелыми. Основным приемом является суггестия — внушение, которое проводится психотерапевтом или другим специалистом, имеющим высокий авторитет у больного. Часто осуществляется в виде бездоказательной команды (призыва или лозунга), вызывающей у больного определенные мысли, чувства, образы, ощущения, движения, вегетативные реакции. Может проводиться в бодрствующем состоянии или в вызванном непосредственным воздействием психотерапевта сне (гипнотерапия, внушение на фоне гипноза).

Поведенческая терапия заключается в закреплении желательных форм поведения и устранении патологических путем специальных тренировок, а также в образовании условнорефлекторных связей.

Метод аутогенной тренировки — вид психотерапии, когда больной выступает и как источник, и как объект воздействия. Его обучают специальным формулировкам самовнушения, направленного на улучшение самочувствия, повышение контроля за своими эмоциями, мыслями, поведением.

13.2.2. Психостимулотерапия

(совместно с Доброхотовой Т.А.)

Цель и задачи этого метода основаны на представлениях, сложившихся в процессе психиатрических исследований больных, перенесших длительную кому вследствие тяжелого поражения головного мозга. Путем активной внешней стимуляции, направленной на изменение содержания психической деятельности, возможна активизация функций полушарий мозга. Например, правого — при прослушивании музыки (Гасанов Я.К. и соавт., 1982), левого — при вербальном воздействии. После комы эту стимуляцию мозговой активности целесообразно вводить как можно раньше. Активизация мозга вначале может не выявляться клинически, однако появляются изменения на ЭЭГ.

При психостимуляции нужно учитывать, что в основе ее лежит своего рода трехвременная структура психической деятельности — осуществляющаяся в настоящее время; отражающая прошлый опыт и предопределяющая ее будущее содержание. В связи с этим в задачи психостимуляции входят: 1) восстановление навыков осуществления психической деятельности; 2) оживление накопленных больным знаний, в том числе чувственных (о близких людях, привычных ситуациях, событиях и т.п.) и абстрактных, полученных в процессе учебы и общения с окружающими; 3) восстановление произвольного начала психической деятельности, инициативы, активного стремления к завершению действий, поступков, сложной познавательной и психомоторной деятельности значимым результатом в будущем.

Задачи психостимулотерапии решаются путем создания специальных условий и методичного использования различных приемов, одни из которых содержат элементы сенсорной стимуляции (Wilson S.L. et al., 1991; Wood R.L., 1991); другие — познавательной (Solberg M.M., Mateer C.A., 1989; Mazmanian P. et al., 1993), или нейропсихологической

(Цветкова Л.С., 1985) реабилитации; третьи — поведенческой терапии (Brotherton F.A. et al., 1988; Lennox D., Brune P., 1993).

Все применяющиеся стимулы можно разделить на две группы. Первая — неречевые воздействия, среди которых выделяют тактильные, слуховые, зрительные, эмоциональные и другие стимулы, в качестве которых может выступать и вся окружающая ситуация в целом. Во вторую группу объединены речевые воздействия: обращения к больному, инструкции (просьбы), вопросы, информационные сообщения, разъяснительные и коррекционные беседы.

Практически на всех стадиях восстановления психической деятельности применяется сочетание тех и других воздействий. Но преобладание невербальных стимулов вначале сменяется преимущественным использованием речевых воздействий в дальнейшем. Целесообразно чередовать воздействия, направленные на преимущественную активизацию левого и правого полушарий мозга. При этом, опираясь на относительно сохранные (восстановившиеся) процессы, надо стараться возобновить нарушенные.

Психостимулотерапия должна осуществляться не только специалистами (врачами, методистами, средним медицинским персоналом), но также родственниками и близкими больного.

Если больной находится в коме или близком к ней вегетативном статусе, приемы направлены на вызывание возможно более разнообразных элементарных ощущений. Целесообразно чередование разнообразных стимулов, различающихся по направленности на различные анализаторы, по силе (например, громкости звука), по местонахождению источника воздействия. Обязательно сочетание знакомых и незнакомых раздражителей. Стимулы должны не только содержать информацию, но и иметь разнообразную (как положительную, так и отрицательную) эмоциональную окраску. Эмоциональному оживлению способствует присутствие рядом с больными родных и близких, что необходимо обеспечить как можно раньше.

На стадиях восстановления словесного контакта (мутизм с пониманием речи, дезинтеграция речи) сочетаются и чередуются просьбы, вопросы, информационные сообщения, которые должны исходить как от знакомых (близких), так и от незнакомых лиц. Используются то успокаивающий, то требовательный тон, чередуются доброжелательность, озабоченность, негодование, мягкий юмор. Особенно важным является создание условий, требующих от больного ответов, — вначале жестами, а потом и устных, а также спонтанных реплик.

На стадии восстановления ориентировки отдельные вопросы и вся беседа в целом должны строиться таким образом, чтобы привести больного в активное состояние, удержать его в нем, побудить задуматься над вопросом, заметить свои ошибки, вызвать неудовлетворенность ими, заставить вести поиск подсказок в окружающей обстановке.

После восстановления всех видов ориентировки (на стадиях интеллектуально-мнестической недостаточности и психопатоподобного синдромов) приемы способствуют поиску самим больным различных компенсаторных механизмов (например, записывание сведений при нарушениях памяти), побуждают его осуществлять контроль за своими эмоциями и поведением (в этом плане психостимулотерапия приближается к поведенческой терапии). Подробнее психостимулотерапия описана в приложении 3.

13.2.3. Методы психосоциального воздействия

Часто являются решающими в плане возвращения больных в семью, общество, к производительному труду. Речь идет о терапии средой, терапии занятостью и о трудовой терапии.

Терапия средой (millien therapy) — воздействие путем изменения непосредственного окружения больного (внешней обстановки и микросоциальной среды) таким образом,

чтобы вызвать коррекцию продуктивных психопатологических нарушений и способствовать стимуляции активности больных в преодолении дефицитарных расстройств.

При осуществлении этого вида терапии придается значение удобству, просторности, хорошей освещенности, приятному внешнему виду помещений, где находится больной; взаимоотношению больного с соседями по палате и медперсоналом. Особая работа проводится с родственниками и близкими больного с целью привлечения их к сотрудничеству в целенаправленном устранении у него болезненных проявлений. Психопедагогическая работа с родственниками больных лежит и в основе семейной терапии, в результате которой возникает групповое взаимодействие, направленное на изменение межличностных отношений в семье. При этом важным является не только приспособление больного к среде, но и среды к нему.

Терапия занятостью (occupational therapy) — вид социотерапии, при которой больные привлекаются к различным, преимущественно продуктивным занятиям, имеющим характер хобби, — к творчеству, домоводству, развлекательно-познавательным и спортивным мероприятиям. Этот вид терапии имеет целью стимулировать социальную активность больных путем развития различных форм проведения досуга, обогащением внутреннего мира и расширением круга интересов. Пассивные формы (прослушивание рассказов, музыки, просмотр кино, посещение театра) постепенно сменяются активными (участие в обсуждении, собственное творчество).

Трудовая терапия — лечение производительным трудом — имеет много видов: от несложных занятий в щадящих условиях (в том числе в больничных и внебольничных учреждениях) до сложной (например, промышленной) реабилитации, осуществляемой на предприятиях.

13.3. Психиатрическая реабилитация

Под психиатрической реабилитацией при поражениях мозга понимается проведение мероприятий, направленных на восстановление прежнего (или максимально приближенного к нему) психического и социального статуса больных. Поставленная задача решается в три этапа, сопоставимые с таковыми при других психических заболеваниях (Кабанов М.М., 1985): 1) восстановительная терапия, целью которой является предотвращение формирования психического дефекта, усиление различных компенсаторных механизмов и восстановление нарушенных у больного функций (проводится чаще всего в остром периоде заболеваний в условиях стационара); 2) реадаптация — приспособление больных на разных уровнях к условиям внешней среды, стимуляция начальных проявлений социальной активности (проводится преимущественно в промежуточном периоде в реабилитационных учреждениях или в амбулаторных условиях при активном динамическом наблюдении); 3) ресоциализация (или «реабилитация в прямом смысле слова») — возможно более полное восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, его отношений с окружающими (проводится в отдаленном периоде, только во внебольничных условиях).

Психиатр подключается к организации помощи больным на всех ее этапах. Желательно, чтобы в нейрохирургических, неврологических, реабилитационных нейротравматологических учреждениях и центрах был штатный психиатр (психиатр-консультант), который оказывал бы лечебную, диагностическую и методическую помощь в реабилитации больных, работая в тесном сотрудничестве с нейрохирургами, неврологами, логопедами, нейропсихологами, специалистами по лечебной физкультуре.

Психиатры осуществляют диагностику психических нарушений, определяют функциональное состояние пораженного мозга; оценивают результаты лечения (до- и послеоперационные осмотры, осмотры при поступлении, в процессе терапии и при выписке);

корректируют реабилитационную программу и подбирают психофармакотерапию. При этом они должны принимать во внимание преморбидные особенности больного (возрастные, соматические, неврологические, психические и социальные), особенности поражения мозга и его течение, реакцию больного на предшествующее лечение, особенности его состояния (в том числе соматические, общемозговые и очаговые психопатологические; неврологические проявления заболевания), а также психологические и социальные реакции пациента. Надо учитывать терапевтический спектр доступных в данном учреждении методов воздействия, их сопутствующие (благоприятные и неблагоприятные) эффекты, возможность и необходимость сочетания биологического и психосоциального воздействия.

При наличии у больного грубой психопатологической симптоматики, обусловливающей непосредственную опасность для него самого и окружающих, если нет необходимости в интенсивной реанимационной и нейрохирургической помощи, психиатр может (в соответствии с Законом о психиатрической помощи) принять решение о переводе его в специализированное психиатрическое учреждение — психосоматическое отделение (при наличии в состоянии грубых соматоневрологических нарушений) или в психиатрическую больницу, где проводятся мероприятия по купированию продуктивных психических нарушений и создается возможность перевести больного в реабилитационное отделение или на внебольничные условия.

13.4. Общеоздоровительные мероприятия

Важную роль в повышении эффективности лечения и дальнейшей реабилитации играют также режим, диета и рекомендации по обеспечению здорового образа жизни. Все это подбирается индивидуально в зависимости от состояния больного.

Длительность лечебно-охранительного режима определяется общим и психическим состоянием больного, а также видом поражения мозга. Например, в случае ЧМТ она составляет: при сотрясении головного мозга — обычно 1–3 недели; при ушибах мозга легкой и средней тяжести — 3–8 недель; при тяжелых ушибах и сдавлениях мозга — свыше 4 недель.

Введение лечебно-активирующего режима осуществляется при стабильном неврологическом и соматическом состоянии больного, когда сводится к минимуму опасность возникновения угрожающих жизни осложнений и последствий заболевания.

Даже практически полностью восстановившихся после поражения мозга больных следует предупредить о необходимости длительный срок воздерживаться от алкоголя, ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки (вредны, впрочем, и рекомендации не допускать их совсем), избегать жары, духоты (в частности, бани), длительных поездок в транспорте; больше находиться на свежем воздухе, уделять внимание физическим упражнениям и другим видам двигательной активности, правильно и рационально питаться.

Приложение 1

Методы определения функциональной асимметрии

Доброхотова Т.А., Карменян К.К.

Функциональная асимметрия рук

Наиболее распространенным методом является использование различных опросников, содержащих вопросы об использовании левой или правой руки в быту, учебе, играх и в трудовой деятельности (Annett M., 1970; Coren, 1993). С помощью опросников уточняется, какой рукой испытуемый пишет, бросает мяч в цель, держит ракетку во время игры в теннис, зажигает спичку, режет ножницами, вдевает нитку в ушко иглы (или ушко иглы надевает на нитку), метет веником, роет лопатой, держит зубную щетку, отвинчивает крышку банки (Annett M., 1972), держит расческу, рюмку (Crovitz H., Zener K., 1962; Oldfield R., 1971). Одним из недостатков опросников является то, что их результаты отражают самооценку испытуемых, а она не всегда соотвествует истинной картине. Так, среди считающих себя правшами при специальном исследовании многие испытуемые обнаруживают амбидекстрию или даже левшество. Мужчины чаще, чем женщины склонны считать себя леворукими (Bryden M., 1977).

Другой недостаток опросников — это то, что их структура способствует автоматизации ответов и приводит к повторам (Леутин В.П., Николаева Е.И., 1988).

Наряду с данными самооценки испытуемого используют *метод непосредственного наблюдения* за ним в момент обследования. Обращают внимание на то, какая рука более активна в жестах, сопровождающих высказывания, и насколько движения той или другой руки выразительны (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988). Характерная для большинства взрослых предпочтительная активность правой руки в жестах отмечается уже у 3–5 летних детей (Ingram D., 1975).

Многие исследователи используют специальные пробы, позволяющие выявить морфологические различия и функциональную асимметрию парных органов. При оценке функциональной асимметрии необходимо учитывать влияние процесса обучения на ее формирование.

Морфологическая асимметрия рук выявляется при помощи следующих проб:

1) микрометром измеряется ширина ногтевого ложа больших пальцев или мизинцев; ведущей считается рука с большей шириной ногтевого ложа;
2) определяется длина опущенных вниз вытянутых рук от акромиального отростка лопатки до конца III фаланги; ведущая рука длиннее не менее чем на 0,2 см;
3) сравнивается венозная сеть на тыльной стороне кистей; она более развита на ведущей руке.

Моторная асимметрия рук. Для определения скрытых признаков левшества, которые не подвержены влиянию научения и о которых чаще всего не знает и сам испытуемый, используются следующие пробы: «переплетение пальцев рук», «поза Наполеона» и «аплодирование» (Лурия А.Р., 1962). По мнению некоторых исследователей, эти пробы малоинформативны, однако, очевидно, что они дополняют сведения о наличии у испытуемого признаков моторной асимметрии. Используются и другие мануальные тесты.

Переплетение пальцев рук. Ведущей считается рука, большой палец которой оказывается сверху. По просьбе исследователя испытуемый может изменить положение пальцев, поместив сверху большой палец другой руки, но при этом он выполнит пробу медленнее и будет испытывать ощущение неудобства.

Скрещивание рук или «поза Наполеона». Ведущей считается та рука, которая первой начинает движение и располагается сверху. Как и в предыдущей пробе, при смене положения рук на противоположное возникает ощущение неудобства позы и желание переменить ее на удобную.

Аплодирование. Ведущей считается более активная рука, совершающая ударные движения о ладонь неведущей руки, и, как правило, располагающаяся сверху (Лурия, 1962). Этот тест, по мнению А.П. Чуприкова (1975), имеет большую информационную ценность.

Для выявления мануальной асимметрии используется ряд проб, позволяющих определить, какая из рук более активна, сильна, точна и выполняет задания в более быстром темпе.

Прогибание кистей. сложенных вместе. При сильном напряжении обеих кистей кисть более слабой руки, испытывающая давление более сильной, прогибается больше (Лурия А.Р., 1962).

Завод часов. Неведущая рука фиксирует часы, а ведущая осуществляет точно дозируемые движения, собственно заводку часов (Berman A., 1971).

Динамометрия. Измерение силы кисти каждой руки при помощи динамометра (Лурия А.Р., 1962; Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981). Следует обратить внимание на то, какой рукой испытуемый берет динамометр и нажимает его первый раз (правши обычно берут правой, левши — левой рукой). При помощи ручного динамометра силу каждой руки обычно измеряют трижды и вычисляют среднее значение силы для каждой руки. Разницу в силе меньше 2 кг можно расценивать как проявление равенства рук по силе. Ведущей считается рука, превосходящая другую по силе больше, чем на 2 кг. При этом показатели силы ведущей руки при трехразовом измерении оказываются, как правило, более устойчивыми, а разброс этих показателей у неведущей руки больше.

Теппинг-тест. Используется для оценки темпа, ритма и равномерности движений (Todor J.L. et al., 1985; Костычева. 1988). При помощи специального устройства (механического или электронного) оценивается число нажатий на ключ в единицу времени, осуществляемое каждой рукой. Время выполнения задания, палец, которым испытуемый нажимает на ключ, могут быть разными. В целом скорость и устойчивость теппинга ведущей руки выше.

Скорость выполнения заданий. Оценивается время выполнения действий правой и левой рукой отдельно. Используются такие пробы, как отвинчивание и завинчивание 5–25 болтов (Todor J.L., 1980), раскладывание предметов в соответствующие пазы (Хризман Т.П., 1983), раздача карт, нанизывание бус, завязывание узла и т.п. Скорость выполнения заданий ведущей рукой выше.

Пробы на точность попадания в цель. Испытуемому предлагают с закрытыми глазами нанести по 10 точек правой и левой рукой в центр бумажной мишени размером 20х20 см., расположенной на расстоянии вытянутой руки. За ведущую принимается рука, отклонения которой от центра составляют менее 10 см. Неведущая рука отклоняется обычно больше (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981). Другим вариантом пробы на точность движений является проба, во время которой испытуемый должен прочертить иглой след в лабиринте, не касаясь стенок лабиринта. Число касаний и время выполнения ведущей руки меньше (Fleishman E.A., Hempel W.E., 1954).

Пробы на одновременные действия рук. Они могут быть разными, но принцип у них общий: руки совершают одновремено одни и те же или разные действия (с контролем или без контроля зрения). Например, испытуемого просят с закрытыми глазами обеими

руками написать свою фамилию, несколько цифр, нарисовать несколько простых геометрических фигур. Отмечается одновременное или последовательное выполнение задания, направление письма и рисунка, наличие зеркальности. Возможны усложненные задания, когда руками требуется совершать различные действия, например, нарисовать круг левой рукой, а квадрат правой, затем наоборот.

Миокинетический тест (Mira-y-Lopez E., 1963) также можно использовать для оценки точности движений рук. Испытуемому предлагается обводить карандашом линии разной конфигурации (7 субтестов) с открытыми глазами, а затем продолжать работу без зрительного контроля. Задания выполняются поочередно правой и левой рукой в горизонтальной, сагиттальной и вертикальной плоскостях. Точность графических движений у ведущей руки выше.

Время реакции каждой руки при нажатии на ключ в ответ на предъявление различных раздражителей (звуковых, световых сигналов, электрокожных раздражителей и т.д.) является важным показателем при определении мануальной асимметрии. Скорость реакции ведущей руки выше (Fleishman E.A., 1958; Егоров В.А., Широгоров В.К., 1976).

Для определения мануальной асимметрии во время выполнения испытуемым двигательных заданий используются различные методы регистрации — электромиография, видеозапись движений, электроэнцефалография, реоэнцефалография, вызванные потенциалы и т.д.

Особого внимания требует организация исследования межполушарной асимметрии у детей. Создаются специальные опросники для детей и подростков. При ответе на вопрос ребенка, как правило, просят продемонстрировать упомянутое действие. В рекомендациях H. Gordon (1920) считает целесообразным придавать исследованию характер другой деятельности, чтобы дети не догадывались о цели заданий. Например, ребенка просят взять тряпку и протереть классную доску. Затем его просят поймать брошенную тряпку, а затем бросить ее в корзину, находящуюся в 5 шагах от него; леворукие дети выполняют эти действия левой рукой.

Пользование ножницами: если ребенок режет только левой рукой и ею же пользуется в большинстве других действий, то он вероятнее всего является левшой; если ребенок одинаково хорошо режет обеими руками, то он, возможно, леворук; если он не умеет резать левой и режет правой рукой, то еще нельзя заключить, что ребенок нелеворук.

Ребенка просят поднять лежащий на полу предмет. Правши очень редко берут его левой рукой, левши — правой.

Сенсорная асимметрия рук. Методы оценки тактильной асимметрии недостаточно разработаны. Чаще они применяются в клинике локальных поражений мозга. Оценка тактильной асимметрии в норме требует введения более тонких количественных показателей. Можно использовать следующие пробы (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981).

Проба на локализацию прикосновения. Осуществляется прикосновение к тыльной поверхности одной, затем другой руки в 10 стандартных точках; фиксируется время реакции.

Проба на узнавание цифр, нарисованных на тыльной поверхности кисти — от 0 до 9 (проба Ферстера).

Проба на узнавание знакомых бытовых объектов (катушка, ключ, расческа и т.д.) и геометрических объемных фигур (куб, шар, конус, цилиндр).

Проба на узнавание монет. Испытуемому предъявляют для опознания монеты разного достоинства. Время фиксируется.

Проба на узнавание фактуры материала проводится при помощи двух наборов из 6 образцов для каждой руки. Испытуемому предъявляют для ощупывания контрольный образец, а затем просят опознать его среди других объектов. Далее испытуемому предлагается оба комплекта образцов для визуального опознания с последующим тактильным

контролем. А.К. Эрдели (1979) предложила вариант методики, в которой в качест... разцов используются плоские фигуры, вырезанные из плотного пластика и накл... на картон (круг, квадрат, разносторонний треугольник, пятиконечная звезда, ром...

Проба на узнавание фигур с применением доски Сегена. Задача испытуемого ... в том, чтобы на ощупь вложить фигурки в пазы доски вначале одной, затем друго... кой, а также обеими руками. Время фиксируется. Учитывается и способ выполнени... дания обеими руками.

Пробы на исследование адекватности восприятия стимулов (Шубенко-Шубина ... позволяют выявить особенности различения стимулов правшами и левшами. На ... испытуемого наносят единичный стимул или 2–3 стимула в одну точку (одно или 2–... калывания); одновременно на две разные точки наносят два укола и испытуемый до... описать свои ощущения. У леворуких чаще, чем у праворуких, встречаются о... 1) одиночное раздражение воспринимается как множественное; 2) раздражение, нане... ное на одну сторону тела, сопровождается ощущением раздражения симметричной ... ки на противоположной стороне (аллохейрия); 3) извращение восприятия (дизесте... 4) испытуемый продолжает испытывать ощущение покалывания после прекращ... раздражения (персеверация); 5) раздельно наносимые раздражения воспринимаются ... движения по коже и слияние этих раздражений («кажущиеся движения»).

Функциональная асимметрия ног

При определении функциональной асимметрии ног учитываются ответы испыт... мого на вопросы, какой ногой он обычно ударяет по мячу, какая нога является толч... вой, а какая — маховой, есть ли разница в размерах стопы (на какой ноге обувь своб... нее) и т.д. (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981, 1988).

Наряду с этим проводятся экспериментальные исследования, позволяющие в... явить неравенство ног по силе, скорости, координации и точности движений, дл... шага, роли в поддержании вертикальной позы человека.

Используются следующие тесты: испытуемому предлагают подпрыгнуть на одн... ноге, встать на стуле на колени, сойти со стула, сделать шаг назад и шаг вперед, встать ... колено. Нога, совершающая движение первой, считается ведущей (Леутин В.П., Ни... лаева Е.И., 1988)

Закидывание ноги на ногу — ведущая нога чаще оказывается сверху.

Удары ногой по мячу — ведущая нога осуществляет движение первой и с большей силой.

Длина шага: измеряют длину 5 или 10 шагов и вычисляют среднеарифметическу... длину шага для каждой ноги; шаги ведущей ноги длиннее, чем неведущей.

Отклонение от заданного направления движения. Испытуемый без зрительного кон... троля проходит 5 м по направлению к цели. Нога, противоположная направлению от... клонения, считается ведущей.

Проводятся также различные специальные исследования асимметрии ног — видео... запись, динамометрия, определение твердости мышц при помощи электромиотономет... ра, изучение опорной функции ног с использованием специальной платформы и т.д.

Асимметрия тела и лица

Определить асимметрию тела по двигательной активности достаточно сложно, так как этот вид асимметрии существенно меньше выражен, чем в руках и ногах. Можно использовать тест *«вращение»* (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988). Испытуемого просят осуществить вращение вокруг оси тела сначала в одну, а затем в другую сторону. Отмечается, в какую сторону вращение осуществляется первым. Обычно оно производится в удобную для субъекта сторону. При вращении в неудобную сторону движение совершается медленно и вызывает затруднение. Правши чаще совершают вращение

в правую сторону. У спортсменов, занимающихся борьбой, можно выяснить, какую стойку они предпочитают — правую или левую.

Для изучения асимметрии эмоциональной выразительности лица наряду с непосредственным наблюдением за лицом испытуемого применяется видеозапись с регистрацией движений левой и правой половин лица в ходе разговора, прослушивания музыки, решения задач.

Существует тест «*синтезированные фотографии*». Соединяются правая половина фотографии лица с ее зеркальным отображением и левая половина с ее зеркальным отображением. Таким образом, в одной фотографии лицо синтезируется только из правых или только из левых половин. «Право- и левосторонние» лица одного и того же человека бывают совершенно непохожими. Сравнивая естественное лицо человека с его «правосторонним» или «левосторонним» лицом можно определить, какое из них более похоже на естественное.

Асимметрия слуха (в том числе речевого)

Приступая к исследованию слуховой и слухоречевой асимметрии. необходимо выяснить у испытуемого, нет ли у него тугоухости, одинаково ли он слышит обоими ушами, занимается ли он музыкой, каковы особенности его профессиональной деятельности (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988).

Традиционным, включаемым во многие опросники, является вопрос, каким ухом испытуемый предпочитает «слушать», когда говорит по телефону (Annett, 1970). Большинство подносит трубку к левому уху, это объясняется необходимостью освободить правую руку для набора номера или для письма. Но тем не менее испытуемый может ответить, каким ухом он лучше слышит и разбирает речь.

Существует ряд простых и общедоступных приемов, которые можно использовать при оценке слуховой и слухоречевой асимметрии.

Тест «тиканье часов». Испытуемому предлагают оценить громкость тиканья часов одним и другим ухом. Отмечается, каким ухом он наклоняется к лежащим на столе часам первый раз и одинаково ли воспринимает громкость тиканья левым и правым ухом (Леутин В.П., Николаева Е.И., 1985).

Прислушивание к шуму за стеной или на улице. Испытуемый прислушивается к шуму сначала ведущим ухом. Если предложить ему, например, приложить ухо к стене, то первым он прикладывает ведущее ухо.

Проба «шепот». Испытуемый воспроизводит цифры, произносимые экспериментатором шепотом, закрывая попеременно левое и правое ухо. Эффективность воспроизведения цифр, прослушанных ведущим ухом, выше.

Используются также методы, требующие применения специальной аппаратуры.

Аудиометрия. Монаурально при помощи аудиометра предъявляются тоны. Ведущее ухо завышает громкость второго тона при сравнении его с эталонным.

Время реакции руки при предъявлении звуков в ведущее ухо короче. Широкое распространение получили методы предъявления слуховой и слухоречевой стимуляции через наушники при помощи стереофонического магнитофона. Предъявляются слова, звуки речи и музыкальные звуки, бытовые и природные шумы и т.д.

Метод *дихотического прослушивания*, наиболее часто встречающийся в литературе, предложен Д. Кимурой (Kimura D., 1961) для определения доминантности полушарий по речи. Дихотическая стимуляция осуществляется следующим образом (Котик Б.С., 1974): через наушники в оба уха одновременно по раздельным каналам предъявляются два набора вербальных стимулов (слов). Слова подаются сериями. В перерыве между сериями испытуемый должен вспомнить стимулы и воспроизвести их устно. На двух дорожках магнитной ленты записано 10 серий из 4 пар односложных слов. Интервалы

между словами 0,5 секунды; между сериями — 20 секунд. В эксперименте после прослушивания 10 серий наушники меняют местами; и весь ряд повторяется еще раз.

Кпу определяется по формуле:

Кпу — коэффициент правого уха

Еп и Ел — число слов, воспринятых правым и левым ухом.

По мнению ряда авторов (Котик Б.С., 1974, Симерницкая Э.Г., 1978), положительное значение Кпу указывает на преобладание правого уха — левого полушария в воспри-

$$Кпу = \frac{Еп - Ел}{Еп + Ел} \times 100$$

ятии вербального материала, значения от –5 до +5 считаются симметричными. Значения ниже –5 свидетельствуют о преобладании левого уха.

Зрительная асимметрия

Предварительно у испытуемого выясняют, страдает ли он близорукостью, дальнозоркостью, астигматизмом, равноценна ли острота зрения левого и правого глаза (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981).

При определении ведущего глаза спрашивают, каким глазом испытуемый *прицеливается.*

По просьбе экспериментатора поочередно *прищурить глаза* первым прищуривается неведущий глаз.

Проба Розенбаха. Испытуемый держит вертикально в вытянутой руке карандаш и фиксирует его взором на определенной точке, находящейся на расстоянии около 4 метров, обоими глазами. Попеременно закрывает один и другой глаз. Ведущим считается глаз, при закрытии которого карандаш смещается в его сторону.

Рассматривание в подзорную трубу осуществляется обычно ведущим глазом.

Острота зрения определяется по расположенной в 5 м от испытуемого хорошо освещенной таблице, на которой представлены строчки букв или колец с разрывом. Острота зрения ведущего глаза выше.

Измерение *монокулярных полей зрения* осуществляется при помощи периметра Ферстера. Большее поле зрения соответствует ведущему глазу.

При оценке *яркости* зеленого цвета ведущим глазом этот цвет воспринимается как более яркий и насыщенный.

Время простой сенсомоторной реакции при предъявлении испытуемому цифр в ведущем глазе короче.

Метод тахистоскопического предъявления сигналов позволяет подавать стимулы (буквы, слова, цифры, изображения, фотографии и т.д.) раздельно в левое и правое полуполя зрения. Определяются пороги и скорость опознания стимулов. Как известно, информация об объектах, расположенных в левом поле зрения, поступает в правую половину сетчатки каждого глаза и зрительную кору правого полушария. Зрительная информация из правого поля зрения поступает в левое полушарие. Таким образом, можно судить об особенностях восприятия различных объектов (вербальных и невербальных) левым и правым полушариями мозга. Так, например, скорость опознания букв, подаваемых в правое поле зрения, выше.

Приложение 2

Психофармакологические препараты, применяемые для лечения больных нейрохирургического профиля

Зайцев О.С.

Нейролептики

Название	Синонимы	Форма выпуска[1]	Суточные дозы (мг)	
			min.	max.
1. С преобладанием седативного действия				
Аминазин	Хлорпромазин	амп. 2,5%-1 мл; др. 25, 50, 100 мг	25	100
Тизерцин	Левомепромазин	амп. 2,5%-1 мл; таб. 25 мг	6	100
Хлорпротиксен	Труксал	таб. 15; 50 мг	7,5	150
Лепонекс	Азалептин	таб. 25; 100 мг	6	150
Сероквель	Кветиапин	таб. 25; 100 мг	12,5	300
2. С преобладанием антипсихотического действия				
Галоперидол	Галдол	амп. 0,5%-1 мл; таб. 1,5; 5 мг; фл. 10 мл-20 мг; 30 мл-60 мг	0,35	50
Трифтазин	Стелазин	амп. 0,2%-1 мл; таб. 1; 5 мг	2	40
Рисполепт	Рисперидон	таб. 2 мг; фл. 30 мл–30 мг	0,5	4
3. С преобладанием действия на пограничные расстройства				
Сонапакс	Меллерил	таб. 10; 25 мг	10	150
Неулептил	Перициазин	капс. 10 мг; фл. 125 мл-500 мг	1	40
Терален	Алимемазин	амп. 0,5%-5 мл; таб. 5 мг	5	50
Этаперазин	Перфеназин	таб. 4; 10 мг	2	60
Эглонил	Сульпирид	амп. 5%-2 мл; таб. 200 мг; капс 50 мг	100	600

[1] Принятые сокращения: амп. — ампулы; таб. — таблетки; др. — драже; капс. — капсулы; фл. — флаконы.

Антидепрессанты

Название	Синонимы	Форма выпуска[1]	Суточные дозы (мг)	
			min.	max.
1. Преимущественно стимулирующего действия				
Мелипрамин	Имипрамин	амп. 1,25%-2 мл; таб. 25 мг	6	75
Анафранил	Кломипрамин	амп. 1,25%-2 мл; таб. 25 мг	6	75
Пиразидол	Пирлиндол	таб. 20; 50 мг	25	150
Паксил	Пароксетин	таб. 30; 20 мг	10	60
Прозак	Флуоксетин, продеп	капс. 20 мг; таб. 20 мг	20	60
Ципрамил	Циталопрам	таб. 20 мг	10	20
2. Преимущественно седативного действия				
Амитриптилин	Триптизол	амп. 1%-2 мл; таб. 10; 25 мг	6	75
Лудиомил	Мапротилин	амп. 1,25%-2 мл; таб. 25 мг	6	150
Леривон	Миансерин	таб. 30 мг	15	60

Транквилизаторы

Название	Синонимы	Форма выпуска[1]	Суточные дозы (мг)	
			min.	max.
1. С эффектом заметного торможения				
Феназепам		таб. 0,5; 1 мг	0,25	4
Лорезепам	Ативан, мерлит	таб. 1; 2; 2,5 мг	0,5	10
Реланиум	Седуксен, диазепам	амп. 0,5%-2 мл; таб. 5 мг	5	60
Тазепам	Нозепам	таб. 10 мг	10	60
Мепробамат	Мепротан	таб. 200 мг	100	800
Радедорм	Эуноктин, нитразепам	таб. 10 мг	5	20
2. Без эффекта заметного торможения (дневные)				
Рудотель	Мезапам	таб. 10 мг	6	75
Ксанакс	Альпразолам	таб. 0,25; 0,5; 1 мг	0,25	2
Грандаксин	Тофизопам	таб. 50 мг	25	150

Психостимуляторы

Название	Синонимы	Форма выпуска[1]	Суточные дозы (мг)	
			min.	max.
1. Неспецифические психостимуляторы				
Сиднокарб	Месокарб	таб. 5; 10; 25 мг	2,5	25
Сиднофен	Фепросидин	таб. 5 мг	5	30
2. Актопротекторы				
Бемитил		таб. 125; 250 мг	125	1000
Нейромидин	Амиридин, ипидакрин	амп. 0,5%-1 мл, таб. 20 мг	10	100

[1] Принятые сокращения: амп. — ампулы; таб. — таблетки; др. — драже; капс. — капсулы; фл. — флаконы.

Антиконвульсанты

Барбитураты+смеси с люминалом		
Препарат	**Доза в 1 таб.**	**Эквивалент 1 таб. люминалу**
Фенобарбитал (люминал)	0,1	0,1
Паглюферал-1	Смесь	0,025
Паглюферал-2	Смесь	0,035
Паглюферал-3	Смесь	0,05
Глюферал	Смесь	0,025
Беллатаминал	Смесь	0,02
Бензонал	0,1	0,05
Небарбитуровые производные		
Финлепсин (карбамазепин, тегретол)	0,2; 0,4	0,05
Депакин (вальпроат натрия, конвулекс)	0,3; 0,5	0,06
Суксилеп (этосуксимид)	0,25	Не установлен
Клоназепам (антелепсин)	0,0005, 0,001; 0,002	Не установлен
Ламиктал (ламотриджин)	0,025; 0,05; 0,1	Не установлен
Топамакс (топирамат)	0,025; 0,1	Не установлен

Нейрометаболические средства

Название	Синонимы	Форма выпуска[1]	Суточные дозы (мг)	
			min.	max.
1.Ноотропы				
Ноотропил	Пирацетам	амп. 20%-5 мл; капс. 400 мг	800	10000
Аминалон	Гаммалон	таб. 250 мг	500	1500
Энцефабол	Пиридитол	капс. 100 мг; фл. 200мл-4000 мг	100	600
Пантогам		таб. 250; 500 мг	500	3000
Фенибут		таб. 250 мг	250	3000
Ацефен	Люцидрил	таб. 100 мг	100	600
2. Другие метаболические средства				
Церебролизин		амп. 1; 5; 10 мл	1 мл	40 мл
Кортексин		фл. 10 мг	10	20
Семакс		фл. 0,1%-3 мл (3 мг)	0,25	3
Актовегин		амп. 80; 200 мг	80	600
Когитум		амп. 10 мл — прием per os!	10 мл	40 мл
Глутаминовая кислота	Глютан	таб. 250 мг	500	1500
Глицин	Гликокол	таб. 100 мг	100	600
Леводопа	Допафлекс	таб. 500 мг	250	4000
Наком	Синемет	таб. 250 (+25) мг	125	4000
Глиатилин	Холиналфоцерат	амп. 1000 мг-1 мл; капс. 400 мг	400	1200
3. Цереброваскулярные средства				
Кавинтон	Винпоцетин	амп. 0,5%-2 мл; таб. 5 мг	5	30
Сермион	Ницерголин	амп. 4мг (+4мл); таб. 5; 10 мг	5	30
Циннаризин	Стугерон	таб. 25 мг	25	150
Танакан	Гингко билоба	фл. 30 мл-1200 мг; таб. 40 мг	60	120
Вазобрал	Дигидроэргокриптин	фл. 50 мл-50 мг	2 мл	8 мл
Троксевазин	Троксерутин	капс. 300 мг	300	900

Приложение 3

Психостимулотерапия

Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., Гогитидзе Н.В.

Возрастающая актуальность повышения эффективности лечения и реабилитации больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ), сопровождающейся длительной комой, определяется высокими темпами развития теоретической и практической медицины, в частности несомненными успехами в изучении мозга человека как парного органа психической деятельности. Зарождение и бурное развитие реаниматологии, а также совершенствование методов диагностики травматических повреждений мозга и нейрохирургических вмешательств сделали возможным сохранение жизни больным с такой тяжелой ЧМТ, которая еще несколько десятилетий тому назад считалась несовместимой с продолжением жизни.

Изменились представления о коме — наиболее глубоком угнетении (выключении) сознания. Коматозные состояния стали предметом междисциплинарных исследований, в которых участвуют реаниматологи, нейротравматологи, нейрохирурги, неврологи, психиатры, нейропсихологи, нейрофизиологи и др. Появились новые классификации комы и шкалы количественной оценки угнетения сознания.

Благодаря успехам медицины в целом кома, переживаемая больными с тяжелой ЧМТ, удлинилась и сегодня все больше увеличивается число больных, перенесших длительную (более 10 суток) кому. Данные катамнестических исследований таких больных свидетельствуют, что более всего их инвалидизируют психические нарушения, являющиеся результатом невосстановления или неполного восстановления сознания, целостной нервно-психической деятельности и адекватной социальной активности. Все это обусловило необходимость расширения специальных психиатрических исследований с постановкой по крайней мере двух задач. Первая — это разработка прогностических критериев не только и не столько выживания, сколько полноты последующего (вслед за выходом из комы) восстановления психической деятельности больного, долго находившегося в коматозном состоянии. Вторая — обогащение существующей системы реабилитации новыми, более эффективными методами. К поиску новых подходов к реабилитации больных, переживших длительную кому, побуждает прежде всего неудовлетворенность существующими способами восстановления психической деятельности больных, в частности тем, что среди переживших длительную кому значительную долю составляют глубокие инвалиды, требующие постоянного ухода, а в части случаев не способные существовать без непрерывного ухода, контроля за их вегетативными функциями. В тех случаях, когда посткоматозное восстановление больного останавливается на вегетативном статусе, помимо того, что из жизни практически выбывает сам больной, огромная тяжесть ложится на всю его семью. Поэтому проблема реабилитации больных с тяжелой ЧМТ, сопровождающейся длительной комой, далеко выходит за рамки медицины и приобретает народно-хозяйственное, социальное, этическое, философское значение.

В институте нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН разработан комплекс непосредственных воздействий на больного, способствующих ускорению выхода его из комы и последующему восстановлению психической деятельности на разных стадиях посткоматозного восстановления сознания — психостимулотерапия.

Цель и задачи психостимулотерапии

При определении цели и задач предлагаемой нами методики, а также способов ее реализации, исходили из: 1) данных клинических и клинико-электроэнцефалографических исследований восстановления сознания больных после длительной комы; 2) современных представлений о: а) функциональной асимметрии полушарий как о фундаментальном свойстве головного мозга человека, абсолютно необходимом для нормального психического развития ребенка и достаточной эффективности психической деятельности взрослого; б) трехвременной структуре психической деятельности человека: она осуществляется в настоящем времени, опирается на прошлый опыт психического функционирования каждого человека и может завершиться только в будущем времени.

Мысль о необходимости разработки совокупности воздействий на больных возникла прежде всего на основе клинических наблюдений авторов, в деталях изучавших восстановление психической деятельности больных после длительной комы.

Наиболее значимыми были следующие факты:

- Исход ЧМТ, в частности полнота восстановления психической деятельности и соответствующая ей социальная адаптация больных, которые тем хуже, чем дольше отсутствовали признаки психической жизни больных.
- Любые действия с больными — осмотры врачей, беседы с психиатрами, исследования нейропсихологов, визиты родственников, а также занятия лечебной физкультурой и с логопедом, — активизируют их.
- Восстановление психической деятельности больных отсутствует или реализуется слишком медленно, если они предоставлены лишь самим себе. Напротив, посткоматозное восстановление психической жизни идет быстрее, если около больных постоянно находятся близкие, родственники, которые ведут себя активно: дотрагиваются до больных, поглаживают, постоянно обращаются к ним, просят выполнить то или иное движение, действие, рассказывают о том, что больше всего интересовало больных до ЧМТ и т.д.

Эти клинические наблюдения наталкивают на мысль о необходимости создания такой системы дополнительных (к традиционной реанимации и интенсивной терапии, последующего медикаментозного лечения больных с включением в него ноотропных препаратов) воздействий на больных, которые бы пробуждали утраченные психические функции и в последующем их корректировали.

Целесообразность таких разработок подкрепляется данными специальных исследований, свидетельствующих о том, что сама психическая деятельность человека является самым естественным стимулятором его головного мозга. Причем у здорового человека повышение функциональной активности правого или левого полушария отмечается в ответ на психическую деятельность разного содержания. Психическая деятельность, основанная на речи (осмысление, абстрактное познание мира), сопровождается большей активизацией левого полушария, а психическая деятельность по непосредственному восприятию мира, самого себя и их переживанию–повышением функциональной активности правого полушария.

Цель психостимулотерапии — ускорение выхода из комы и посткоматозного восстановления сознания путем применения комплекса специальных приемов воздействий на больных.

Задачи психостимулотерапии

1. Оживление опыта прошлой деятельности больного, социальных навыков. Здесь необходим подбор таких воздействий, при помощи которых достигалась бы актуализация накопленных к моменту травмы знаний. Они в сознании человека выступают в виде чувственных образов пережитых в прошлом событий и абстрактных знаний о мире, событиях, непосредственно им не воспринимавшихся, но ставших известными ему в ходе учебы, чтения и общения с окружавшими его людьми. Соответственно этому приемы воздействий на больных с целью актуализации чувственных и абстрактных знаний различны.
2. Достижение возобновления навыков психической деятельности, социального поведения. Без этого невозможны приобретение новых знаний, восстановления способности к обучению у детей. Эта задача с особой остротой встает уже после появления элементарных психических актов, в частности восстановления понимания обращенной речи, речевой активности. На первый план выступает необходимость приемов воздействий на больного, направленных на восстановление собственных побуждений к психической деятельности.
3. Восстановление произвольного начала, инициативы, активного стремления больных к завершению действий, поступков, сложной и последовательной психомоторной деятельности значимым для них результатом.

Реализация сформулированных цели и задач требует, во-первых, четкого представления о стадиях посткоматозного восстановления психической деятельности и знания соответствующих клиническому состоянию больного приемов воздействий на больных; во-вторых, индивидуальной для каждого больного программы воздействий с учетом его состояния, возраста, бывшего к моменту травмы социального статуса, характерологических особенностей, его интересов, отношений с теми близкими и родными, в содружестве с которыми осуществляется вся программа излагаемых далее воздействий.

Родные и близкие, ухаживающие за больными, получают от врача ежедневные советы, программу на каждый день с введением в нее новых приемов воздействий, соответствующих изменениям клинического состояния больного (см. прилагаемые Рекомендации для родственников больных).

Последовательность восстановления психической деятельности после длительной комы

Кома — умеренная (I), глубокая (II) и запредельная, или терминальная (III), — означает отсутствие признаков психической жизни у больного. В восстановлении психической деятельности больных, переживших кому, длившуюся 10 суток и более, различаются 7 стадий. Условное их название отражает поведенческий акт или психическую функцию, первое проявление которых принимаются за начало стадии.

1. Стадия открывания глаз. Первое открывание глаз больного происходит обычно в ответ на различные раздражения — похлопывание больного, нанесение боли; иногда больной открывает глаза, когда слышит голос близкого человека. Первое открывание глаз может быть лишь на мгновение. Затем проявляется спонтанное открывание глаз. Периоды времени, в течение которого глаза больного открыты, постепенно удлиняются. Однако пока имеется лишь способность к открыванию глаз. Они либо неподвижны, либо совершают плавающие движения в горизонтальной плоскости. Такие движения могут проявляться в ответ на раздражения.

У больных на этой стадии обычно нарушен цикл сна и бодрствования: в вечерние и ночные часы возможно появление или усиление двигательного возбуждения.

2. Стадия фиксации взора. Первая, пусть лишь на мгновение, фиксация взора больного на обращающемся к нему человеке принимается за начало этой стадии. Больной пока способен фиксировать взор на ком-либо или на чем-либо только на короткое время. Он быстро истощается, и взор становится неуправляемым. Но уже в принципе можно добиться и второй, и третьей попытки к фиксации взора. Она становится все более длительной, а периоды невозможности фиксировать взор — все более короткими. Наконец, способность к фиксированию взора становится устойчивой. На этой же стадии восстанавливается слежение взором: больной не только фиксирует взор на находящемся около него человеке, но и следит за его движениями, держит его в поле своего внимания.

   Появление фиксации взора и слежения являются одним из существенных проявлений внимания. На этой стадии больной может удерживать внимание на чем-либо очень короткие мгновения. Постепенно периоды удержания внимания удлиняются, и больной становится способным сосредоточиться на определенной психической деятельности, но это происходит обычно лишь на последних стадиях восстановления. На этой же стадии максимальным достижением является возобновление способности к фиксации взора и слежению.

   Цикл сна и бодрствования может быть уже нормализован; у некоторых больных продолжает оставаться нарушенным. Возможны эпизоды двигательного возбуждения. Оно может быть стереотипным: десятки и сотни раз больной повторяет одни и те же бессмысленные движения, изматывающие его, затем на некоторое время наступает состояние покоя, когда больной лежит спокойно, без каких-либо движений.

3. Стадия различения близких. Речь идет еще не об узнавании в строгом смысле этого слова, а о том, что в ответ на голос или вид близкого человека (матери, отца, жены, мужа, сестры, брата и т.д.) проявляются отчетливые, объективно наблюдаемые реакции: гиперемия лица, учащение дыхания и сердцебиения, а у детей нередки случаи, когда у них в ответ на голос матери из глаз катятся слезы, на мгновение проявляется гримаса страдания, быстро исчезающая.

   Реакции на близких расширяются, появляются такие эмоциональные проявления, как улыбка или плач. В целом же суть этой стадии заключается в том, что в сознании больного начинают восстанавливаться его отношения с окружающими, особенно с близкими. Но проявлениями процесса восстановления пока являются только перечисленные выше реакции. Они появляются в ответ на каждое обращение близких, на этой стадии оказывающихся одним из самых сильных стимулов к побуждению эмоциональных реакций и оживлению множественных ассоциаций из прошлой (до ЧМТ) психической деятельности.

4. Стадия восстановления понимания обращенной к больному речи. Началом этой стадии является первое проявление того, что больной понял сказанное ему близким человеком или врачом. Речь пока идет об элементарных инструкциях. Например, о просьбе пожать руку. Только по тому, делает ли больной попытку выполнить команду, можно понять, что речевая инструкция дошла до его сознания. В начале целесообразно облегчить условия выполнения больным инструкции. Так, при просьбе пожать руку врача следует рукой коснуться или даже вложить свою ладонь в руку больного и повторить инструкцию. Постепенно можно усложнять речевые обращения и инструкции.

Понимание речи восстанавливается лучше, если нет афазии, в частности сенсорной (при преимущественном повреждении левого полушария мозга). Но установление наличия или отсутствия этой формы афазии возможно при тщательном наблюдении за больным в момент попыток общения с ним, пока одностороннего: к больному обращаются врач или близкие и по его реакциям устанавливают, понимает ли он смысл обращенной к нему речи.

5. Стадия восстановления собственной речи. Первая попытка больного произнести какое-либо слово считается условным началом этой стадии. Обычно произносится одно слово; детьми — слово «мама». Первые звуки речи больного едва слышимы, невнятны, плохоразличимы. Но принципиально важно проявление этой попытки.

   Восстановление собственной речи больного идет далее по линии: 1) расширения произносимых звуков, слов, фраз и 2) улучшения артикуляции, повышения громкости речи.

   Только после восстановления собственной речевой деятельности больного появляется возможность речевого общения с ним и оценки его психического состояния. Речь может долго отсутствовать у больных с преимущественным поражением левого полушария мозга из-за афазии. Последняя не выявляется до определенного этапа, скрытая за общей тяжестью состояния.

6. Стадия амнестической спутанности сознания. После того как стало возможным общение с больным при помощи речи, становится очевидным, что у него отсутствует представление о том, что с ним случилось, память на текущие события. Обнаруживается кон- ретро- и антероградная амнезия: выпали из сознания воспоминания о событиях, предшествовавших, совершавшихся в момент и после ЧМТ. Все это определяет грубую дезориентировку больного во всем, включая личную ситуацию.

   Поскольку эта стадия завершается восстановлением всех видов ориентировки, даже наиболее трудно восстанавливаемой ориентировки во времени, ее можно обозначить и как стадия восстановления ориентировки больного.

7. Стадия восстановления формально ясного сознания. Здесь о ясном сознании можно говорить, опираясь только на восстановление всех видов ориентировки больного. Психические же процессы, составляющие содержание сознания, остаются еще дефектными.

   Процесс восстановления может остановиться или даже регрессировать на любой стадии восстановления. Это обычно происходит при присоединении соматических заболеваний или развитии посттравматических церебральных осложнений (гидроцефалии, менингита, атрофических изменений мозга). В целом качество, сроки восстановления и особенности отдельных его стадий зависят от уровня и стороны преимущественного поражения мозга.

   Перечисленная выше последовательность стадий восстановления после длительной комы наблюдается в большинстве случаев, но у части больных, особенно у детей, возможно отклонение от этого порядка. Общими же для всех больных являются следующие этапы: 1) отсутствия спонтанных проявлений психической жизни; 2) наличия только элементарных актов — открывания глаз без фиксации взора; возможность осмысленного зрительного восприятия сомнительна; 3) восстановления объема всех психических процессов, остающихся глубоко дефектными; при этом возможны два варианта: а) с полным (скорее принципиально возможным) речевым общением; б) с неполным (из-за афатических нарушений) речевым общением.

   Естественно, приведенная характеристика восстановления психической деятельности больных с тяжелой ЧМТ, сопровождающейся длительной комой, является

усредненной. Последовательность и сроки прохождения описанных стадий зависят от многих факторов, индивидуальных для каждого больного. Главные из них — возраст больных, сторона преимущественного поражения мозга, профиль функциональной асимметрии. Эти факторы подлежат обязательному учету при индивидуальном подборе рекомендуемых приемов воздействий.

Возраст больных к моменту ЧМТ. Его значение состоит уже в том, что среди переживших длительную кому большую часть составляют дети, подростки и больные зрелого возраста. Существуют лишь единичные наблюдения, когда длительная кома, и особенно восстановление (пусть частичное) психической деятельности после нее, имели место у больных в возрасте старше 45 лет. Как правило, восстановление психической деятельности после длительной комы идет быстрее и оказывается более полным у детей, подростков и больных в возрасте до 30 лет. Разработанные приемы воздействия на больных более эффективны в реабилитации детей и подростков, а также больных в возрасте от 16 до 30–35 лет.

Профиль функциональной асимметрии. В целом у левшей обнаруживаются иные, чем у правшей, особенности посткоматозного восстановления психической деятельности. Это касается сроков прохождения описанных стадий, а также клинических их проявлений. Так, афазия, агнозия у левшей могут существенно отличаться от таковых у правшей. Поэтому требуются иные, чем для правшей, приемы коррекции, восстановления речи и гнозиса. Имеет значение и все предыдущее комплексное лечение больных.

Психостимулотерапия на разных стадиях восстановления сознания

Психостимулотерапия существенно отличается от всех других вариантов психотерапии. Основное отличие определяется исключительностью клинической ситуации — ведь речь идет о воздействиях на больного с еще отсутствующей психической деятельностью (на стадии комы) или только что начинающей возобновляться (на первых стадиях восстановления). Традиционная же психотерапия, в частности используемая в нейротравматологии, направлена на коррекцию «сознательной» (в смысле осознания факта травмы) психической деятельности, уже восстановившейся настолько, что врач обращается к личности пациента. Цель психостимулотерапии — ускорить посткоматозное восстановление психических процессов. Самая первая ее задача — побудить характерные для начальных стадий восстановления элементарные поведенческие акты. Коррекция же психической деятельности становится целью воздействий лишь на более поздних его этапах, когда уже есть возможность речевого общения. Но она и здесь имеет другой, нежели в пограничной психиатрии, смысл — способствовать прояснению сознания, например, ускорению возобновления всех видов ориентировки на стадии амнестической спутанности; формированию собственных побуждений к психической деятельности у больного с синдромом аспонтанности и осознанию дефекта у некритичного больного. Кроме того, здесь нет и главного для традиционной психотерапии принципа «партнерства», то есть обязательного участия двух сторон — врача и больного. Последний в начале психостимулотерапии практически отсутствует и «появляется» лишь в последующем — в ходе воздействий. Но больной еще крайне слаб как участник не только из-за быстрой истощаемости, утомляемости, но и вследствие безразличия. Наконец, психостимулотерапия от традиционной психотерапии отличается тем, что при ней, особенно вначале, особое значение имеют неречевые стимулы, в то время как при психотерапии главным является речевое воздействие. При психостимулотерапии

же речевое воздействие выходит на первый план лишь после восстановления у больного способности понимать обращенную к нему речь.

Все вышеперечисленные особенности позволяют считать, что разработанному набору воздействий больше соответствует термин «психостимулотерапия», чем ранее применявшийся — «психосоциотерапия». Термин «психостимулотерапия» отражает не только основной смысл воздействий — побудить, стимулировать, ускорить проявление психической жизни больных, но и воздействующий фактор — различные вербальные и невербальные стимулы.

Все применяющиеся воздействия можно условно поделить на две группы. Первую составляют неречевые воздействия. Они особенно ценны на том этапе восстановления, когда словесный контакт еще невозможен. Среди них можно выделить тактильные, слуховые, зрительные и другие стимулы. В качестве последних может выступать окружающая ситуация в целом. В ней есть незнакомые больным по прошлому опыту люди — врачи, медицинские сестры, санитарки. Но в ней обязательно должны быть и родные, близкие больного, эмоционально для него значимые.

Во вторую группу объединяются речевые воздействия. Они должны интенсивно использоваться с целью восстановления понимания обращенной речи, а также для ускорения проявлений собственной речевой активности. Среди них — обращения к больному, инструкции (просьбы), вопросы, а в последующем — информационные сообщения и, наконец, разъяснительные и коррекционные беседы.

Практически на всех стадиях применяется сочетание тех и других воздействий. Но в начале восстановления психической деятельности преобладают невербальные стимулы, а в дальнейшем используются преимущественно речевые воздействия. Целесообразно сочетание и чередование воздействий, направленных на преимущественную активизацию правого или левого полушария головного мозга. При этом, опираясь на относительно сохранные, то есть в значительной степени уже восстановившиеся процессы, нужно стараться возобновить (или развить) нарушенные, то есть пока еще недостаточно восстановившиеся.

Приемы психостимулотерапии на первых стадиях должны быть направлены на вызывание возможно более разнообразных элементарных ощущений у больного. Они пока не осознаются, но активизируют различные сенсорные сферы — тактильную, слуховую и т.д. Их накопление в конце концов может определить возможность анализа всей гаммы беспрерывно поступающей информации. Одним из основных принципов должно быть чередование стимулов по разным их характеристикам. По направленности на разные анализаторы раздражения должны изменяться по силе, громкости (например, звуков), по местонахождению источника воздействия. Обязательно сочетание знакомых и незнакомых больному раздражителей. Стимулы должны не только содержать информацию, но и нести разнополюсную эмоциональную окраску. Эмоциональному оживлению способствует присутствие рядом с больным родных и близких, что необходимо обеспечить как можно раньше. Так, есть наблюдения, когда еще находясь в коме, больные реагировали на появление и обращение близких людей учащением дыхания, гиперемией лица, изменением мимики.

Приемы воздействий в 4-й и 5-й стадиях должны быть различны в зависимости от вариантов их прохождения. Первый вариант — восстановление словесного контакта без нарушения речи типа афазий (обычно при преимущественно правополушарном поражении); второй — чрезвычайно затрудненное восстановление словесного контакта с больным, у которого предполагается наличие афазии из-за преимущественного поражения левого полушария мозга. Так, при сенсорной афазии удлиняется 4-я стадия (восстановление понимания речи), а при моторной — 5-я стадия (восстановление собственной речевой активности).

Начало 4-й стадии устанавливается по выполнению сначала элементарных, затем все более сложных инструкций. Затем появляются ответы жестами (кивки головой, закрывание глаз, движения руками); в дальнейшем становятся возможными и письменные ответы. Необходимо сочетать и чередовать просьбы, вопросы, информационные сообщения, которые должны исходить как от знакомых (близких), так и от незнакомых лиц; использовать то успокаивающий, то требовательный тон, чередовать доброжелательность, озабоченность, мягкий юмор.

5-я стадия — восстановление собственной речи — начинается с первой попытки к артикуляции (вокализации) и заканчивается восстановлением фразовой речи. Здесь появляется возможность диалога (беседы), позволяющего установить обратную речевую связь с больным. Основные усилия необходимо приложить к созданию условий, при которых от больного требуется устный ответ или спонтанная реплика — вначале в виде просьбы, затем комментария и, наконец, вопросов.

Следует отметить, что восстановление ориентировки практически всегда начинается раньше, чем появление возможности беседовать с больным. Как правило, только что заговоривший больной уже частично ориентирован в себе, окружающих лицах и ситуации (на это были направлены приемы с зеркалом, фотографиями, информационные сообщения на предыдущих стадиях). Определяющие характер воздействий особенности 6-й стадии зависят от стороны преимущественного поражения головного мозга. Возможны два варианта.

Первый наблюдается при преимущественно правополушарном поражении. Здесь проявления амнестической спутанности соответствуют картине типичного корсаковского синдрома с фиксационной амнезией, склонностью к конфабуляциям, грубой дезориентировкой в пространстве и времени, некритичностью к своему состоянию, эмоционально-волевой расслабленностью с преобладанием эйфории.

Второй вариант выражается в дисмнестическом синдроме. Он наблюдается при преимущественном поражении левого полушария. Характеризуется нарушением памяти, в основном на вербальную информацию, сочетается с речевыми нарушениями при относительно сохранной критике к имеющимся дефектам и склонностью к тревожно-депрессивным и дисфорическим состояниям. Часто (особенно при поражении левой лобной области) отмечается аспонтанность.

Эти особенности обусловливают не только спектр используемых приемов, но и общую тактику общения с больным. Оправданы требовательность, демонстрация врачом неудовлетворенности ответами некритичного, эйфоричного больного и ободряющая обходительность — к пациенту с дисмнестическим синдромом, переживающему свой дефект. Для преодоления аспонтанности необходимо постоянное введение больного в активное состояние и удержание в нем расспросами, вопросами, просьбами.

После восстановления всех видов ориентировки, то есть возвращения признаков формально ясного сознания у больных зачастую сохраняются грубые психические нарушения — некритичность к своему состоянию (анозогнозия), аспонтанность, нарушения памяти и способности логически мыслить, эмоционально-личностной сферы — благодушие, эйфория, личностная демобилизованность, периоды злобы, раздражения, агрессивности, нарушение влечений, сужение круга интересов, ограничивающихся только собственными сиюминутными потребностями, непосредственным окружением больного. Приемы воздействия на этом этапе приближаются к традиционной поведенческой терапии, основная цель — повышение уровня социальной адаптации больного.

Конкретные рекомендации с описанием приемов психостимулотерапии, применяемых на разных стадиях восстановления психической деятельности, изложены в рекомендациях для родственников, больного. Стиль их изложения определяется обращенностью к людям, как правило, не имеющим медицинского образования.

Рекомендации родственникам больных, нуждающихся в длительном восстановлении психической деятельности после тяжелого повреждения головного мозга

Уважаемые родственники и близкие больного!

В результате трагических обстоятельств мозг нашего пациента оказался значительно поврежденным, что предопределило длительность бессознательного состояния и необходимость соответствующих реанимационных мероприятий. Возвращение сознания в таких случаях часто представляет собой длительный процесс, который заключается в постепенном восстановлении отдельных психических функций.

Первые дни (а иногда и недели) после выхода из угрожающего для жизни состояния наш больной периодически лежит с открытыми глазами, реагирует только на телесные раздражители, не реагирует на обращения к нему. Затем изредка начинает следить глазами за окружающими, появляется эмоциональная реакция на близких. Постепенно начинает понимать обращенную к нему речь, затем делает попытки отвечать. В дальнейшем медленно возвращается память, восстанавливается понимание ситуации, местонахождения и текущего времени.

Наша общая с вами задача — помочь ему восстановиться до максимально возможной при этой патологии степени: сначала до восстановления контакта, затем до возможности самообслуживания, далее до возвращения способности к обучению и труду. Все это возможно только при восстановлении психической деятельности. Помимо тщательного постоянного ухода и наблюдения необходимо помочь нашему пациенту восстановить не только биологическое, но и психическое существование, как можно полнее воскресить весь предыдущий жизненный опыт, восстановить умение планировать, оценивать свои действия и добиваться желаемых результатов.

Основная задача на первом этапе — привлечение внимания больного, что достигается при помощи различных осязательных, слуховых и зрительных раздражений.

1. Активно ведите себя у постели больного: не только обращайтесь к нему, но и не стесняйтесь поглаживать, похлопывать, а иногда и теребить больного. Можно вкладывать в его руку различные по упругости, форме, поверхности предметы — гладкие, шершавые, колючие, а также холодные, горячие, теплые. Раздражайте то правую, то левую руку. Воздействие можно усилить одновременным поглаживанием и массажем.
2. Обращение к больному по имени должно быть различным по громкости и эмоциональной окраске. Следует отдавать предпочтение привычным до болезни обращениям. Нужно при этом менять свое местонахождение около постели, чтобы голос раздавался то справа, то слева.
3. Благоприятно влияет не только голос обращающихся к больному людей, но и прослушивание магнитофонных записей с голосами друзей и близких. Можно давать прослушивать как старые, так и новые записи, где очень знакомые больному голоса ведут речь о нем, в том числе и о происшедшим с ним несчастном случае, с выражениями сочувствия и пожеланиями выздоровления. Полезно прослушивание разнообразной по стилю, в том числе любимой им ранее музыки. При этом варьируйте громкость и тембр звука.
4. На разном расстоянии от больного производите неожиданные или периодически повторяющиеся громкие звуки (хлопки, постукивания, звонки).

5. Постарайтесь попасть в поле зрения больного, но при этом помните, что большое значение имеет не только ваш внешний вид, но и эмоциональное состояние. Следует постараться продемонстрировать не жалость к больному, а радость от встречи с ним. Попав в поле зрения больного, перемещайтесь, чтобы спровоцировать дв[illegible] взглядом, Эти действия сочетайте с обращениями к больному, простыми просьбами.
6. Меняйте положение больного с тем, чтобы освещение было то справа, то слева от него. В некоторых случаях полезно при помощи настольной лампы освещать [illegible] больного, то включать, то выключать ее, меняя ее месторасположение.
7. На расстоянии 20–30 см от лица больного показывайте ему различные крупные [illegible] кие предметы, среди которых обязательно должны быть красного цвета. Если у вас создалось впечатление, что больной зафиксировал взор на предмете, медленно перемещайте его влево, вправо, вверх, вниз.
8. Среди демонстрируемых предметов должны быть зеркало, фотографии больного в окружении близких. При этом поинтересуйтесь, кого он там видит, узнает ли себя. Также полезен показ картин и рисунков, а при возможности и телепередач.
9. Несмотря на то, что у больного нет признаков понимания обращенной к нему речи, не молчите у его постели, постоянно рассказывайте ему о чем-то, комментируйте свои действия, спокойным голосом поговорите с ним о несчастном случае, сегодняшнем положении, перспективах. Вспомните о какой-нибудь эмоционально значимой для больного ситуации.
10. Попробуйте на некоторое время создать не совсем удобное для больного положение в постели, с тем чтобы он сам постарался принять более удобное (вынул из-за спины руку, перевернулся на спину).
11. Время от времени просите его что-нибудь сделать (начиная с простых инструкций, — открыть рот, показать язык, открыть или закрыть глаза, пошевелить рукой или ногой, пожать руку, повернуться и т.д.). Не отчаивайтесь, если больной не будет выполнять ваши просьбы. Сами помогите ему выполнить их (вложите свою руку в его при просьбе о рукопожатии, постарайтесь открыть его рот, поверните больного при соответствующих просьбах и т.д.)
12. Перед тем как кормить больного, спрашивайте, хочет ли он есть. Вкладывайте в руку больного фрукты или хлеб (если восстановлено глотание), подносите их вместе с рукой больного к его рту, чтобы восстановить хотя бы элемент самостоятельного питания. Если больной начинает подносить ко рту несъедобные предметы, спокойно отведите его руку ото рта, спокойно заметьте: «Не надо брать в рот!».
13. Когда появилась эмоциональная реакция на близких, желательны (если это возможно) визиты ранее знакомых больному лиц. Предварительно предупредите их, что в присутствии больного не следует молчать, а нужно обязательно разговаривать с ним на разные, в том числе интересовавшие его до болезни темы, вести себя привычным образом.

   Когда больной начинает понимать обращенную к нему речь, что можно установить по выполнению простых проб, необходимо уже не только привлекать внимание, но и добиваться его устойчивости, а в дальнейшем — произвольности в действиях больного, проявлений собственной инициативы. Помимо повторений и чередования уже известных вам приемов, обратите внимание на ниже следующие.
14. Необходимо терпеливо разнообразить уже выполняемые инструкции. Например, просите не просто пожать руку, а сделать это два раза, не просто пошевелить рукой, а согнуть, или разогнуть ее в локте; взять какой-нибудь предмет, выбрать его из предлагаемого набора предметов, например, из трех фломастеров выбрать красный.

15. Можно уже задавать простые вопросы: где находится такой-то присутствующий в палате человек, где окно и т.д., добиваясь, чтобы больной показывал пальцем или взглядом требуемый объект.
16. При показе фотографий и рисунков рассказывайте о том, что на них изображено, просите больного показать действующих лиц, отдельные предметы и детали. Можно, предлагая фотографии самого больного, сделанные в разном возрасте, просить его показать, на какой фотографии он моложе, какая фотография последняя и т.д.
17. Предварительно и во время умывания, чистки зубов, причесывания, вытирания крошек с лица больного, подносите к нему зеркало, побуждайте его совершать эти действия самостоятельно.
18. Читайте больному вслух, лучше известные до травмы литературные произведения.
19. Добивайтесь показа больным букв и цифр, предложенных ему на выбор, затем отдельных слов и предложений.
20. Написав на листе два слова — «да» и «нет», постарайтесь получить ответы на простые вопросы, требующие согласия и несогласия, добиваясь, чтобы больной показывал нужное слово.
21. Возможные пожелания больного запишите на одном листе (например, «хочу есть», «хочу пить», «хочу в туалет»); спрашивая, что он хочет, предлагайте сделать выбор.
22. Вкладывайте в руку больного фломастер, пишите и рисуйте его рукой, добиваясь самостоятельного письма.
23. До появления собственной речи можно объясняться жестами, прежде всего научить больного выражать согласие и несогласие движениями головы, рук. Затем научить сообщать о своих потребностях (есть, пить, сходить в туалет и т.д.). Плохое или хорошее самочувствие обозначать положением большого пальца руки.
24. Попытайтесь добиться выполнения простых математических действий: напишите на бумаге, например, 5+5=..., и попросите написать ответ. Или спрашивайте у больного, например, сколько будет…?, и предлагайте выбрать правильный ответ из заранее заготовленной колонки цифр.
25. Просите его что-нибудь нарисовать, например: дом, дерево, человека, собаку. Более сложным иногда является задание типа: «Нарисуйте куб, над кубом — крест, слева от куба — круг».
26. На лист бумаги нанесите крупные точки и предложите больному их перечеркнуть. Более сложным является задание вычеркнуть из текста определенные буквы (например, букву «с»).
27. Помогает восстановить устойчивость внимания последовательное отыскивание цифр, расположенных на листе бумаги без определенного порядка.
28. Можно предложить больному простые головоломки (например, предварительно разрезав известное больному изображение на несколько частей, предложить ему его собрать).
29. Попробуйте поиграть с больным в простые настольные игры — карты, домино, шашки. Вначале показывайте ему отдельные карты, фишки домино, предлагайте выбрать одну из небольшого количества; затем подсказывайте ему отдельные ходы, постарайтесь его заинтересовать.
30. Добивайтесь хотя бы элементов собственной речи — просите двигать языком, губами, нижней челюстью: подуть, посвистеть, помычать, сказать: «Аааа...».
31. Иногда для побуждения больного к каким-нибудь действиям, в том числе к собственной речи, полезно обращаться не непосредственно к больному, а затеять в палате

диалог, касающийся больного. Например, один из присутствующих заявляет, что больной не умеет говорить (писать, двигать рукой, открывать рот), а другой — что может, но не хочет. В этих случаях можно добиться включения больного в беседу соответствующими действиями или попытками к речи.

Восстановление речи может быть коротким или долгим в зависимости от особенностей поражения мозга, После появления мычания, отдельных нечленораздельных звуков, слогов, шепота, нужно вовремя отказаться от жестов и письменных ответов, прикладывать все усилия к совершенствованию устной речи. При этом продолжайте применять предыдущие приемы, совершенствуя и чередуя их.

32. Присутствуйте на логопедических занятиях, постарайтесь овладеть хотя бы некоторыми из наиболее важных приемов.

33. Чаще обращайтесь к больному с различными вопросами, начиная с простых типа: «Как тебя зовут?», «Сколько тебе лет?», «Кто пришел?», «Что здесь нарисовано?» и т.п.

34. Просите больного почитать вслух — сначала отдельные слова, названия книг, затем все более сложные тексты.

35. В его присутствии громко обсуждайте различные темы, интересующие больного, добиваясь включения его в беседу.

Когда уже восстановлена фразовая речь, обнаруживается, что больной не знает, где находится, как здесь оказался, какие люди его окружают. Часто путает не только дату, но даже время суток. Затем выясняется, что у больного выпал большой период времени до и после несчастного случая; ему недоступно запоминание текущих событий, только что сообщенной информации. Главная задача на этом этапе — тренировка памяти, умения определять свое местонахождение, время, ситуацию. Продолжать побуждать самостоятельную активность больного, способствовать осознанию своих дефектов, правильному отношению к ним.

36. Многократным повторением добивайтесь правильного определения больным своего местонахождения и времени. Можно некоторую информацию записать на видном месте (или повесить календарь) и предлагать ему посмотреть туда при неправильных ответах. Если больной неправильно определяет, где находится, предложите посмотреть вокруг, на соседей по палате, спросите, почему здесь ходят в белых халатах.

При определении времени суток и времени года предлагайте посмотреть в окно.

37. В дальнейшем вопросы, касающиеся времени, можно усложнить, например, спрашивать, сколько времени назад происходило то или иное событие (завтрак, обход врачей), сколько оно длилось, сколько времени длится беседа и т.д.

38. Дайте больному часы и периодически интересуйтесь у него, который час.

39. Спрашивайте у больного не только о его желаниях, но и о предстоящих в недалеком будущем событиях. Намечайте вместе с ним на какой-нибудь час, например, принятие пищи, и спрашивайте, сколько времени до этого осталось.

40. Просите больного перечислить события прошедшего дня в их последовательности (начинать следует с меньших промежутков, например, с часа). В некоторых случаях помогают специальные дневники памяти, ведущиеся больным с помощью близких, где регистрируются все события дня.

41. Просите вспомнить детали какого-нибудь недавно происходившего события, например, что он ел на завтрак, кто к нему приходил и о чем была беседа.

42. Просите больного рассказать только что прочитанное, услышанное по радио или увиденное в телепередачах, добивайтесь, чтобы он выделил основную мысль. Полезно также просить больного составить рассказ по большой сюжетной картине или по последовательно расположенным рисункам.

43. Для тренировки памяти полезно заучивать стихи, номера телефонов, фамилии актеров и политических деятелей. Можно ненадолго показать рисунок со множеством деталей, а затем, убрав его, попросить вспомнить, что на нем было изображено.
44. Если больной отвечает не задумываясь, наобум, то надо спокойно, чтобы не вызвать его раздражения, остановиться на ошибке, задать ему наводящие вопросы таким образом, чтобы он понял ошибку и исправил ее.
45. Если больной, не задумываясь, соглашается со всеми вашими высказываниями, то полезно иногда предлагать ему заведомо ложные утверждения (например, у молодого больного спрашивать: «Тебе разве 60 лет?» или полувопросительно: «В году 13 месяцев?»)
46. Не получив ответа на вопрос, проявите настойчивость, повторяйте его несколько раз.
47. Во время беседы возвращайтесь к ее началу, научите больного удерживать смысл беседы, делать выводы.
48. Осторожно напоминайте больному о произошедшем несчастном случае, последующих событиях. Спокойно обсуждайте с ним перспективы, планы на будущее. Периодически деликатно напоминайте ему о его дефектах, особенно если он беззаботен, пассивен и некритичен; добивайтесь, чтобы он сам мог перечислить все имеющиеся у него нарушения. В то же время постарайтесь успокоить его, если он слишком переживает свое состояние, внушайте ему уверенность, что если он будет заниматься, то он хорошо восстановится.

Главными, наиболее общими проблемами, встающими в процессе восстановления психической деятельности после длительных бессознательных состояний, являются:

1) пассивность больного: на ваши действия с целью ему помочь он либо никак не реагирует, либо даже оказывает сопротивление вплоть до агрессивности;
2) быстрая истощаемость психической деятельности: часто только на очень короткий срок удается получить какую-нибудь реакцию на ваши действия, очень ненадолго удержать больного в какой-нибудь деятельности;
3) на более поздних этапах — некритичность к своему состоянию, игнорирование имеющихся дефектов.

Для преодоления этих трудностей необходимо постоянно проявлять терпение, внимание, настойчивость и такт, а также изобретательность, ведь все вышеперечисленные приемы являются лишь общим руководством к действию, нужно подходить к ним творчески, совершенствовать описанные и придумывать новые.

Вам предстоит нелегкий труд, порой будет казаться, что результаты его мизерны, однако ваши старания не будут напрасными: дело в том, что максимальный эффект восстановительного лечения наблюдается только при постоянных занятиях с больным. Если лечить только одними таблетками, пусть даже самыми дорогими, и при этом не активизировать больного вышеописанными приемами, то положительного результата ждать не приходится.

Вы должны быть очень внимательными, сообщать врачу о любых изменениях в состоянии больного. Правильно поступят те из вас, кто начнет вести подробный дневник, по которому можно проследить весь процесс восстановления психической деятельности, вместе с лечащим врачом разобраться, какие методы лечения наиболее эффективны.

Используя эти рекомендации, вы можете стать одним из самых активных участников восстановления психической жизни вашего родственника, в чем и желаем вам успехов.

Авторы будут благодарны за отзывы на эти рекомендации и предложения с описанием новых приемов, способствующих восстановлению психической деятельности пациентов, перенесших длительное бессознательное состояние.

Заключение

В книге представлены психопатологические синдромы поражения головного мозга у больных с нейрохирургическими заболеваниями. Широкий спектр описанных нарушений психической деятельности — от самых тяжелых в виде глубокого угнетения сознания до пограничных расстройств; от постоянных (затяжных) до пароксизмальных (в структуре эпилептических припадков) — обусловлен как природой заболевания, так и локализацией поражения, а также индивидуальными особенностями больных, среди которых несомненно важными представляются возраст и правшество–левшество.

Возможны использование изложенных в книге данных для продолжения исследований в трех направлениях.

Первое — совершенствование клинического описания, синдромологической квалификации психических нарушений у больных неврологической и нейрохирургической клиник и выделение их отличий от синдромов у пациентов психиатрической клиники. В этом плане представляются перспективными:

1) описание синдромов психических нарушений правшей, характерных для поражения разных отделов правого и левого полушарий мозга, имеющих локально-диагностическое значение;
2) выявление и систематизация психических расстройств и явлений, возникающих при хирургических вмешательствах на разных образованиях мозга;
3) разбор и обобщение данных о различиях психопатологических синдромов при поражениях мозга у правшей и левшей, в частности — расширение изучения характерных для левшей феноменов — предвосхищения в восприятии и зеркальных форм при разных видах психической деятельности.

Второе — определение прогностической значимости каждого из психопатологических феноменов (его выраженности, места в клинической картине) для особенностей течения разных заболеваний мозга.

Третье — разработка специальных подходов к психиатрической реабилитации больных с поражениями мозга. Здесь важны, по-видимому, не только клинические проявления заболевания, но и другие факторы — в частности, локализация поражения, индивидуальный профиль функциональной асимметрии. О важности учета последнего можно думать в связи с обнаружением несходств эффективности одних и тех же реабилитационных мероприятий, в частности, с использованием нейротропных препаратов у правшей и левшей. Пациенты с левшеством нуждаются скорее в нестандартных модификациях принятого в современной практике лечения.

Авторы будут благодарны за любые замечания и отзывы в адрес данной книги и постараются учесть их в последующих переизданиях.

Литература

1. Абашев-Константиновский А.Л. К вопросу о психопатологии лобных поражений. – Невропатология и психиатрия. – 1949. – №4. – С.42-47.
2. Абашев-Константиновский А.Л. Психопатология при опухолях головного мозга. – М.: Медицина, 1973. – изд.2-е. – 200 с.
3. Абзолеев В.А. Клинико-физиологические аспекты межполушарных асимметрий при экстрапирамидных гиперкинезах//7-ой съезд неврологов России. – Нижний Новгород, 1995. – №1. – с.644.
4. Абрамович Г.Б. К клинике случаев маниакально-депрессивного психоза с онейроидными состояниями//Сборник невропсихиатрических работ, посвященных юбилею Р.Я. Голант. – XXX. – 1940. – С.71-97.
5. Абрамович Г.Б. О структуре онейроидного сознания//Вопросы психиатрии и невропатологии. – Л.,1959. – Вып.6. – С.167.
6. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
7. Актуальные вопросы нейротравматологии: Сб. науч. трудов/Под ред. А.Н.Коновалова. – М., 1988. – 175 с.
8. Альтман Я.А., Вайтулевич С.В. О роли правого полушария мозга человека в локализации звука//Взаимоотношения полушарий мозга. – Тбилиси, 1982. – С.6-7.
9. Амбрумова А.Г. Влияние префронтальной лейкотомии на течение шизофренического процесса (по данным отдаленного катамнеза)//Журн. невропатол. и психиатрии. – 1960. – №9. – С.1193-1197.
10. Ананьев Б.Г., Рыбалко Е.Ф. Особенности восприятия пространства у детей. – М.:Просвещение, 1964. – 302 с.
11. Анищенко Г.Я., Даллакян И.Г., Доброхотова Т.А. и др. Клинико-психопатологические и электроэнцефалографические корреляции у больных с ЧМТ при лазерной терапии//Журнал невропатологии и психиатрии. – 1989. – №5. – С.37-41.
12. Арендт А.А. Гидроцефалия и ее хирургическое лечение. – М., 1948. – 201 с.
13. Артарян А.А. и соавт. Интенсивная терапия и хирургическое лечение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой: Метод. рекомендации. – М., 1985.
14. Аствацатуров М.И. Клиника опухолей головного мозга//Глава в учебнике нервных болезней/Кроль М.Б., Маргулис М.С., Троппер Н.И.. – Том II. – М.: Медгиз, 1934.
15. Аствацатуров М.И. О происхождении праворукости и функциональной асимметрии мозга. – М.: Научная медицина, 1923. – №11. – С. 76.
16. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. – М., 1975.
17. Ахутина Т.В., Глазман Ж.М. Проблемы нейролингвистического исследования афазий//А.Р. Лурия и современная психология. – М.:Изд-во МГУ, 1982. – С.119-130.
18. Бабенкова С.В. Клинические синдромы поражения правого полушария мозга при остром инсульте. – М.:Медицина, 1971. – 263 с.
19. Бабенкова С.В., Волков В.Н. К вопросу о "чистой" алексии, ее взаимоотношении с другими кортикальными функциями и динамике в процессе восстановительного обучения//Журнал невропатологии и психиатрии. – 1964. – №1. – С.166.
20. Бабчин А.И., Кондаков Е.Н., Зотов Ю.В. Травматические субдуральные гидромы. – С-Пб., 1996. – 122 С.
21. Базиян Б.Х., Чигалейчик Л.А., Дмитриева И.Э. О соответствии нарушений координации движений глаз и головы психоневрологическими тестами у пациентов с болезнью Паркинсона//1 Международная конференция памяти А.Р. Лурия. – М., 1997. – С.6.
22. Балонов Л.Я., Деглин В.Л. Слух и речь доминантного и недоминантного полушария. – Л., 1976.